

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

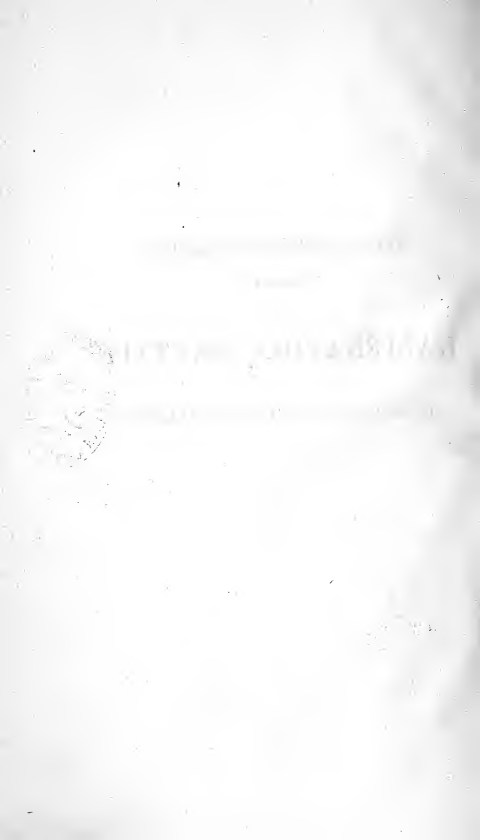
DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine.

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.



DIXIÈME SÉRIE — TOME SEPTIÈME

SOIXANTE-TREIZIÈME ANNÉE

Année mixte 1916-1917.

90132

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1916

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

**Le retour à la médecine mentale française.
Lettre ouverte à M. Victor Parant père.**

MON CHER CONFRÈRE,

J'ai lu, avec un vif intérêt, comme je lis tout ce que vous écrivez, la chronique que vous avez publiée à cette place dans l'avant-dernier numéro des *Annales*, à propos de ce que vous appelez : « Le retour à la médecine mentale française. » J'y ai retrouvé ces qualités de clarté, de jugement sûr, de sens droit, c'est-à-dire de bon sens, que vous possédez plus que quiconque et qui, mises au service de votre grande érudition et de votre très grande expérience clinique, ont mérité à vos publications la haute estime en laquelle les tiennent tous les aliénistes. Je me serais borné à applaudir, si la bienveillance qui vous est habituelle ne vous avait inspiré certaines appréciations des personnes trop élogieuses, au moins en ce qui me concerne, et sur lesquelles il n'est que trop légitime que je fasse des réserves, et

aussi si certains passages de votre article ne m'avaient paru appeler quelques précisions que je vous demande la permission d'apporter.

Vous protestez, et à juste titre, contre la fâcheuse tendance à laquelle, chez nous, depuis déjà trop longtemps, d'ancuns se laissaient aller volontiers à accueillir avec prédilection les idées venues d'Allemagne et vous demandez que, désormais, guéris de ce travers par les événements actuels, ceux qui en ont été affectés, abandonnent la psychiatrie allemande pour la psychiatrie française, « car, dites-vous, il y a bien réellement une psychiatrie allemande et une psychiatrie française bien distinctes dans leurs doctrines et bien différentes l'une de l'autre ».

En êtes-vous bien certain? Pour ma part, je ne puis partager votre manière de voir sur ce point. J'entends bien que, sous des noms nouveaux, on nous a retourné d'Allemagne, plus ou moins revues et sur quelques points, il n'est que juste de le reconnaître, complétées, des notions d'origine française, et je n'ignore pas que quelques psychiatres, trop séduits par le prestige injustifié qu'avait à leurs yeux le *Made in Germany*, se sont illusionnés au point de prendre pour des choses nouvelles des choses plutôt baptisées d'un vocable nouveau. Mais je me refuse à partager l'erreur de ces derniers et je cherche vainement où est la psychiatrie allemande que vous pensez devoir opposer à la psychiatrie française.

Précisons, si vous le voulez bien. En fait, cette psychiatrie allemande qui serait si différente de la nôtre, c'est celle qui a introduit dans la nosologie la *psychose maniaque dépressive* et la *démence précoce*.

Quelques psychiatres ont pu penser que le premier de ces vocables, remarquablement mal construit (en France on eût dit psychose excito-dépressive ou maniaque mélancolique) s'applique à une entité nouvelle. Ils ont

fait des efforts pour ne pas se rappeler que Baillarger a décrit la « folie à double forme », Falret la « folie circulaire », Delaye « la folie à formes alternes » et que Magnan, dans une importante communication au Congrès de Berlin de 1890, qui est le meilleur et sera le plus durable de ses travaux, a montré, en les rapprochant, que folies circulaires, à double forme, alternes, constituent des modalités diverses d'une seule et même maladie, la « folie intermittente ». La psychose maniaque-dépressive, c'est la folie intermittente, pour laquelle j'ai proposé d'adopter la dénomination de *psychose périodique*, car, d'une part, pour des raisons qu'il est inutile de dire ici, le mot folie a fait son temps, et, d'autre part, la périodicité, régulière ou irrégulière, est ce qu'il y a, dans l'affection, de plus caractéristique.

Que la conception de Magnan ait été trop étroite, qu'il n'ait pas vu que beaucoup des prétendues bouffées délirantes des dégénérés ressortissent à la psychose périodique, que certains cas de psychose périodique atténués, rappellent, par leur physionomie, avec les aboulies et les obsessions qui les caractérisent, plutôt la symptomatologie de la psychasthénie avec laquelle on les a confondus, que celle de la mélancolie, d'accord ! Mais cela importe peu et ce n'est du reste pas en Allemagne que ces dernières particularités ont été mises en relief. Qu'a-t-on donc, en Allemagne, ajouté aux descriptions françaises : la notion des formes mixtes, dont l'histoire, à la vérité, est à peine ébauchée ? Cette autre, que tous les accès de manie relèveraient de la psychose périodique ? Ce sont là des notions intéressantes, sans doute, mais de détail. Et vous savez, mon cher confrère, que sur la seconde au moins nous ne sommes pas d'accord, car vous la croyez fausse et je persiste à penser qu'elle est exacte. Mais ces notions complémentaires

sont, en tout cas, encore discutées et discutables et leur adjonction à l'histoire clinique de la psychose périodique me paraît insuffisante pour autoriser à penser que la psychose maniaque-dépressive, parce qu'elle porte un nom baroque, d'origine allemande, soit une maladie nouvelle. On couperait court à cette erreur en renonçant à se servir de l'appellation étrangère et en adoptant la dénomination de psychose périodique qui est plus conforme à l'histoire, surtout française, de la maladie et en indique, au demeurant, avec plus de précision, le caractère essentiel.

Quant à la démence précoce, je ne conteste pas que l'extension donnée à ce terme d'origine française, et la systématisation relativement récente à laquelle elle s'applique, soient d'origine allemande. Mais ce serait peut-être le cas de rappeler le mot connu en le modifiant un peu, et de dire que, dans les descriptions dernières de la maladie qui nous sont venues du dehors, ce qui est démontré en général n'est pas nouveau et ce qui est nouveau n'est pas démontré.

Je ne veux pas être injuste, et je tiens à dire qu'en France nous avons, dans les derniers temps, laissé un peu dans l'ombre les cas d'affaiblissement intellectuel rapide, survenant en général chez les jeunes filles et les jeunes garçons qu'Esquirol avait bien vus, que Morel avait bien décrits, et sur lesquels Christian a rappelé l'attention. Et je crois bien qu'il faut en rendre responsable la « dégénérescence » qui, pendant trop longtemps, a joué chez nous un rôle analogue à celui que joue en Allemagne actuellement cette autre tarte à la crème, comme vous dites, qu'est devenue chez nos voisins la démence précoce. La dégénérescence était une expression commode qui expliquait tout ce qu'on ne comprenait pas très bien et, ce qui est plus grave, qui nous déshabituaient de regarder les faits avec le même

sonci des détails qu'avaient nos anciens. Et, en effet, pendant plus de trente ans, les cas de démence précoce, qui sont légion, ont été tenus par les successeurs de Morel, comme par lui-même, pour l'aboutissant de tares originelles et constitutionnelles. Cette vue était-elle erronée? je ne pense pas, quant à moi, qu'elle l'était autant qu'on l'a dit depuis, et que l'hébéphrénie notamment soit, comme le voulait Hecker, une maladie purement accidentelle et acquise. J'estime que ni la prédisposition ni l'intoxication (d'origine externe ou interne) ne sont chacune suffisantes pour produire la maladie, et que le concours des deux est nécessaire, la seconde étant d'ailleurs, à mon sens, très fréquemment représentée par la toxi-infection tuberculeuse.

Voilà donc que précisément l'un des points essentiels de la doctrine de la démence précoce (si vous persistez à élever la conception de cette affection à la dignité de doctrine), est l'un des plus contestés et des plus contestables. Que penser, dès lors, de l'enthousiasme avec lequel quelques-uns chez nous ont accueilli les descriptions allemandes, n'hésitant pas à considérer la découverte de la démence précoce, tenue pour une entité nouvelle jusque-là inconnue, comme aussi importante que celle de la paralysie générale?

A la vérité, à côté de l'étiologie hypothétique assignée par l'école de Heidelberg à la démence précoce il y a à l'actif de cette école, la synthèse qui a réuni sous une même appellation et en une même entité la démence simple, les démences catatonique, hébéphrénique, et paranoïde, parmi lesquelles on n'hésitait pas à mettre la Psychose hallucinatoire chronique elle-même. Mais là encore il n'y a qu'une systématisation gratuite, et il n'est pas établi que le groupe ne doive pas être dissocié.

Que reste-t-il au profit de la clinique allemande qui soit d'ores et déjà recevable? quelques données symp-

tomatiques relatives aux phénomènes catatoniques et aux caractères un peu spéciaux de l'affaiblissement psychique des déments précoces. C'est assez pour que nous devions, en le reconnaissant, rendre justice à la psychiatrie allemande ; ce n'est pas assez pour que nous soyons en droit de considérer ce qui a été dit, écrit et répété sur la démence précoce, comme de nature à bouleverser la pathologie mentale, encore bien qu'avec quelque naïveté, il faut le reconnaître, quelques-uns chez nous aient pensé le contraire.

Je ne vois donc pas, mon cher confrère, entre la psychiatrie allemande et la psychiatrie française de divergences aussi profondes, aussi radicales que vous semblez l'indiquer : chez nos délicieux voisins, un peu plus de sympathie pour les théories souvent mal assises ; chez nous, plus de souci des faits, moins d'enthousiasme pour les systématisations vers lesquelles ne doit pas nous incliner beaucoup l'expérience faite avec la dégénérescence, voilà des tendances ethniques divergentes qu'avec vous, je suis d'avis de garder en ce qui nous concerne. Mais je crois que vous faites à la psychiatrie allemande la part trop belle en semblant lui prêter une originalité de doctrine, qu'à la vérité vous qualifiez sévèrement, et qui est plus apparente que réelle. A l'édifice de la psychiatrie, tel qu'il existe aujourd'hui, les Allemands ont apporté un certain nombre de pierres : il n'y a aucune raison de le méconnaître ; mais à la faveur d'une façade nouvelle, c'est-à-dire d'un changement de terminologie, ils ont pu espérer nous faire accroire que l'édifice avait été construit par eux, et de fait, ils semblent l'avoir fait accroire à quelques-uns. Le moment me paraît opportun pour dissiper définitivement cette illusion. La solidité de l'édifice n'est pas heureusement nécessairement en rapport avec celle de la façade qui a servi à le masquer après coup. Or, il y a des façades

fragiles bien qu'elles aient l'air d'être faites de pierre solide et résistante. Il suffit, pour s'en convaincre, de regarder certaines de celles en stuc de mauvais goût qui recouvrent beaucoup de constructions prétentieuses à Berlin et à Vienne.

Agréez, mon cher confrère, etc.

GILBERT BALLET,

Professeur de clinique psychiatrique
à la Faculté de Médecine de Paris.

**Réplique de M. le Dr Victor Parant père
à M. le professeur Gilbert Ballet.**

TRÈS DISTINGUÉ ET CHER CONFRÈRE,

Je ne pouvais espérer ni désirer, pour mes réflexions sur le retour à la médecine mentale française, une meilleure fortune que de vous avoir engagé à en dire votre sentiment, alors surtout que, si je ne me trompe, vous envisagez, quoique par des vues différentes des miennes, un but identique. Votre haute situation et votre autorité rendront d'autant plus facile d'y arriver.

Vous avez cru devoir, à ce propos, mon cher confrère, émettre sur mon compte une opinion des plus bienveillantes. J'en ai été particulièrement touché. Pourrais-je ne pas l'être d'entendre dire que j'ai l'estime de mes confrères et spécialement la vôtre? je vous remercie vivement de me l'avoir exprimé.

J'ai tort, selon vous, de dire qu'il y ait, à proprement parler, une psychiatrie allemande et de l'opposer à la psychiatrie française. En le faisant, j'attribuais aux Allemands une certaine originalité, celle d'avoir conçu

la médecine mentale d'une manière autre que nous, d'avoir présenté des formes morbides qu'ils donnaient comme nouvelles et d'avoir fait admettre leur conception comme une doctrine, celle-ci ayant d'ailleurs la marque de leur mentalité, qui les porte à la recherche minutieuse, souvent puérile, des détails, avec l'accumulation desquels ils satisfont leur mégalomanie d'organisation.

Me trompé-je, mon cher confrère, en comprenant que vous êtes plus sévère que moi à leur égard? Je serais loin de m'en plaindre. Selon vous, en effet, ils n'auraient pas eu d'originalité proprement dite. Ils se seraient bornés à prendre ce qui venait de nos maîtres et de nous; ils l'auraient simplement masqué derrière une façade de leur goût, façade disgracieuse et fragile. Dans notre langue, ces procédés s'appellent démarquage et maquignonnage, qualificatifs qui n'ont rien d'estimable.

Vous reconnaissez toutefois que, dans ce corps de l'édifice ainsi masqué, ils ont introduit des modifications, des aménagements qui, portant leur marque, contribuaient à laisser croire que l'édifice entier avait été bâti par eux.

Si j'avais la moindre disposition à ergoter, je pourrais trouver dans cette concession la confirmation de ma manière de voir, dont je n'ai aucun embarras à faire bon marché. Ce qui importe, avant tout, c'est de constater les désordres produits dans la médecine mentale par les conceptions allemandes et d'y remédier sans retard. Que l'on démolisse donc la vilaine façade allemande, qu'on remette bien en vue ce qui nous est propre, qu'on rende aux aménagements les dispositions que nous leur avons données. S'il est quelques détails, proposés par d'autres que nous, qui valent d'être conservés, nous en contrôlerons la valeur et l'utilité; après quoi nous les mettrons à leur place, sans leur donner la

place prépondérante qu'ils ne méritent pas. Nous nous rappellerons que le progrès n'est pas le changement.

La démolition de cette façade consisterait-elle simplement à supprimer les enseignes, les dénominations de démence précoce et de manie dépressive? Cela suffirait-il à faire cesser le désarroi dont nous souffrons et qui a été si justement qualifié d'anarchie? Évidemment non, et vous ajoutez bien qu'il faudrait faire davantage.

Le mot de démence précoce en lui-même est joli, et, s'il n'était appliqué que là où il doit l'être, il serait expressif. Mais il ne peut convenir qu'à une catégorie restreinte de cas, notamment ceux que Christian, utilisant les données de Morel, avait décrits sous le nom peu agréable et prétentieux d'hébéphrénie, lorsque ces cas versent rapidement dans l'incurabilité. Il pourrait s'appliquer aussi à un certain nombre de ceux qu'on nomme imbécillité, quoique ce mot vaille d'être conservé. Mais tout le reste devrait, suivant votre expression, être dissocié et ne plus être considéré comme appartenant à une entité morbide. Lorsque la question de la démence précoce fut soumise au Congrès de Pau, en 1905, j'avais cru devoir dire que sa conception me paraissait mauvaise et ne répondait nullement à la réalité clinique des faits. Vous-même, mon cher confrère, et aussi Régis et Arnaud, fîtes à ce sujet de nombreuses réserves. Je me réjouis, quant à moi, de voir que mon opinion d'alors n'était pas sans fondement et que le temps lui donne raison. J'espère que bientôt il ne sera plus question de la soi-disant entité qu'on nous présentait alors : mais je crois aussi que si la dissociation que vous indiquez nécessaire n'était pas pratiquée de manière absolue, la besogne ne serait qu'imparfaitement faite.

La dénomination de manie dépressive, plus défectueuse encore que l'autre, doit aussi complètement dis-

paraître, et si nous devons considérer que, derrière elle, c'étaient les maladies mentales périodiques, trouvées par nos maîtres, décrites par eux, dont les descriptions avaient atteint un degré de perfection presque complet, qui étaient principalement présentées, nous n'avons qu'à en reprendre le faisceau en le débarrassant de tout ce qui, sous l'influence allemande, en avait obscurci la netteté et dénaturé l'homogénéité. Vous avez proposé de grouper, sous le nom de psychoses périodiques, toutes les formes de la périodicité dans les maladies mentales ; votre proposition me paraît excellente, car ces formes sont diverses, et vous pourrez arriver à faire avec elles un beau chapitre de pathologie mentale. Mais, à mon avis, il serait sage de n'y comprendre que ce qui est périodicité véritable et certaine, les seules formes qui sont bien cohérentes par elles-mêmes. Faire autrement, n'est-ce pas s'exposer à tomber dans l'erreur allemande, qui dénaturait la notion de périodicité par des adjonctions intempestives et injustifiées ? Ne faut-il pas éviter de gâter cette notion en l'appliquant à des états qui n'ont de la périodicité que l'apparence ? Il n'est pas difficile de trouver de la périodicité en tout, aussi bien dans la maladie la moins périodique que dans la santé la plus normale. A vouloir trop réunir sous un même chef des éléments qui n'ont pas entre eux des affinités évidentes et certaines, on risque d'en arriver au point où en était la psychiatrie allemande. Démence précoce et manie dépressive se disputaient à qui mieux mieux l'adjonction d'éléments divers qui n'appartenaient pas plus à l'une qu'à l'autre ; chacune d'elles semblait vouloir être au-dessus de tout, et ce conflit contribuait pour une bonne part à entretenir le désordre et l'anarchie.

Il faut donc que la démolition de la façade allemande s'accompagne d'une restauration et d'un nettoyage de l'édifice proprement dit, démolition et nettoyage qui,

précisément, me font entrevoir le retour à ce que je considère comme étant le retour à la médecine mentale française. Ce faisant, un grand service aura été rendu à notre science, qui pourra se remettre alors à des études vraiment fructueuses. Je souhaite qu'elle le fasse à la française, par la bonne clinique, sans s'attarder à cette subtilité de détails pour la mesure desquels les Allemands se sont complu à inventer des méthodes et des appareils qui n'ont dans leurs effets que l'apparence de la science. Quel intérêt peut-il y avoir à mesurer le temps qui s'écoule entre l'éternûment de l'un et le « Dieu vous bénisse » de l'autre? Si ce dernier est lent à le dire, aura-t-il moins de valeur mentale que s'il l'a dit avec promptitude?

Parmi les études auxquelles on pourrait avantageusement se livrer, vous en indiquez précisément une d'un grand intérêt : celle de la dégénérescence. On ne peut nier, assurément, qu'il y ait une hérédité, qu'il y ait une dégénérescence. Mais, en ce qui concerne les maladies mentales, nous ne connaissons pas bien encore la valeur de l'une et de l'autre. Je ne crois pas, quant à moi, que l'hérédité soit si fréquente qu'on l'admet dans les maladies mentales ; dans les malades que je vois, je ne la trouve avec certitude guère que dans un cinquième des cas. La dégénérescence et l'hérédité ont entre elles des affinités intimes, comme on le voit, par exemple, dans la succession du crétinisme et du goitre ; elles se pénètrent souvent l'une l'autre. Mais elles ne sont pas nécessairement sous la dépendance l'une de l'autre ; on peut être dégénéré sans être héréditaire et héréditaire sans être dégénéré ; et vous avez raison de dire qu'il est trop commode de se tirer d'affaire et de s'abriter derrière le mot de dégénérescence pour expliquer tout ce qu'on ne peut pas ou ce qu'on ne veut pas se donner la peine

d'approfondir. La discussion, naguère ouverte là-dessus devant la Société médico-psychologique, avait mis en lumière des particularités bien établies ; malheureusement, on arriva vite à des généralisations telles que le débat devint confus, « crépusculaire », comme disent les Allemands. Il tomba de lui-même, parce qu'on ne savait plus où on en était, et sans qu'on pût en tirer des conclusions vraiment précises et utiles.

Il y a ainsi plus d'une question, à la fois scientifique et pratique, qui mériterait de captiver l'attention. Mais ce n'est pas le lieu d'en faire la recherche. Le soin qui s'impose actuellement est de nous soustraire à l'influence de la mentalité allemande, de reprendre notre mentalité propre et de faire que tous nous suivions nos études dans la bonne voie où elles étaient naguère, en y mettant fin à l'anarchie. Il faut que nous cessions de penser et de parler allemand, et que nous nous remettions tous à penser et à parler français.

Après ce que vous m'avez fait l'honneur et le plaisir de m'écrire, je me complais à saluer en vous, très distingué et cher confrère, vous qui êtes un maître, un des champions les plus autorisés de cette restauration, que j'appelle, quant à moi, de tous mes vœux.

VICTOR PARANT père.

P.-S. — Vous dites que vous voudriez voir disparaître de notre vocabulaire le mot folie. Je conviens que ce mot est si mal compris et fait dire au public tant d'absurdités que sa disparition est peut-être nécessaire. J'évite de l'employer. Cependant je le regrette, car il est joli, bien français, et Erasme avait mis derrière lui bien des jolies choses. Psychose, à mon avis, ne vaut guère, car son étymologie est inexacte. Je n'aime pas beaucoup non plus psychiatrie. Je les emploie, néanmoins, faute de mieux. Mais, et c'est là que je veux en

venir, je n'aime pas du tout le mot psychiatre. Il me paraît prétentieux, et il me semble qu'en me disant que je suis un psychiatre, je me vois affublé d'une soutanelle, d'un haut chapeau pointu et de grandes lunettes rondes, à la façon des médecins de Molière. Pourquoi ne pas continuer à nous appeler tout simplement des aliénistes?

Pathologie.

UN CAS INTÉRESSANT DE GUÉRISON

D'UNE

FOLIE SOI-DISANT MORALE

Par le Dr CHATELAIN

Ancien médecin de l'asile de Préfargier (Suisse).

Tout médecin qui écrit livre de préférence à la publicité, pour l'édification de ses confrères, les opérations rares bien réussies, les cas dans lesquels l'exactitude d'un diagnostic spécialement difficile a été démontrée par l'autopsie; ne serait-il pas très instructif aussi — peut-être même souvent davantage — de raconter les erreurs de diagnostic, ou de traitement, qu'aucun praticien consciencieux n'oserait prétendre n'avoir commises? Qu'il me soit permis, à ce titre, de livrer à l'appréciation de mes confrères le cas suivant. Après plus d'un demi-siècle de pratique on peut bien confesser une erreur grave sans doute, mais qui n'a fait de mal à personne, au contraire.

Le 9 février 1874 on m'amenait à Préfargier Carl Muller (1), âgé de dix-neuf ans, déserteur allemand, sur lequel son père me donne les renseignements suivants.

(1) J'emploie un pseudonyme.

Aucune hérédité dans les deux familles (1). Dès son bas âge le malade, très intelligent et doué d'une mémoire excellente, se montre dissimulé, hâbleur, menteur, inaccessible à tout sentiment sérieux. Il invente de toutes pièces des histoires dont pas un mot n'est vrai, affirme à sa mère que son père couche avec la femme de chambre, raconte à ses camarades de fantastiques voyages en Italie, avec description détaillée de villes où il n'a jamais mis les pieds. Il évite la société des écoliers de son âge pour fréquenter celle d'enfants beaucoup plus jeunes que lui, ou de mauvais élèves chassés des collèges pour paresse ou inconduite. Malgré son intelligence il se livre à des amusements puérils, achète sans raison un tas d'objets aussi divers que futiles dont il n'a nul besoin. L'argent, d'ailleurs, — que son père lui donne beaucoup trop libéralement, — ne tient pas dans ses poches, il en fait des cadeaux à ses amis, puis, lorsqu'il se trouve à sec, en emprunte à d'autres. A l'école et dans la préparation de ses devoirs domestiques, se fiant à son excellente mémoire, il est paresseux, inattentif, superficiel, ne se donne pas la peine de fixer son attention sur les sujets qui demandent quelque effort d'esprit ou ne répondent pas à ses goûts. Fantasque et capricieux il ne peut se fixer à rien de suivi, s'enthousiasme pour une chose qu'il ne tarde pas à délaisser, passe des heures entières à déclamer seul ou à jouer avec des marionnettes.

A l'âge de treize ans son père, espérant beaucoup d'un changement de milieu, le place dans un pensionnat de la Suisse romande, mais là aussi il ne tarde pas à se livrer à des extravagances sans nombre : achats inutiles faits à crédit, dettes nombreuses, poursuites et

(1) Plus tard une sœur a fait plusieurs accès de mélancolie, et un frère est mort de paralysie générale.

plaintes des fournisseurs ; et les hâbleries de continuer de plus belle : son père est nommé, grâce à sa grosse fortune et à son énorme crédit, membre du parlement allemand ; il n'est d'ailleurs son père que de nom, car son vrai père est un haut personnage qui le reconnaîtra bientôt, etc., etc. La découverte de tous ces mensonges ne le déconcerte pas et ne l'engage nullement à y renoncer ; l'instant d'après il recommence avec la même assurance.

M. Muller, désespérant de faire faire au jeune homme des études quelconques, le fait entrer en apprentissage de commerce dans le grand établissement financier qu'il dirige, espoir bien vite trompé. Carl, paresseux, sans aucun goût pour les affaires ou même pour le plus simple travail, n'est utilisable que pour des courses en ville. Puis bientôt des actes plus graves surviennent, il emprunte aux caissiers de l'argent qu'il ne rend pas, et, lorsqu'ils ne veulent plus lui en prêter, leur en vole, soit pour des achats de toutes sortes : mangeaille, photographies, bibelots, livres de luxe, soit pour donner à des œuvres de bienfaisance ! Enfin, les moyens employés jusqu'ici ne suffisant plus, il imite la signature de son père sur des chèques et lettres de change ; déconvert, celui-ci le condamne à un mois d'arrêt dans sa chambre.

Le mois écoulé, le père ne sachant plus que faire de son malheureux fils, espère, comme dernière ressource, que la discipline militaire parviendra peut-être à le mettre sur une meilleure voie. Il le place donc en pension chez un pasteur qui le préparera à l'examen du volontariat d'un an (1) ; mais, malgré les plus sérieuses promesses de meilleure conduite, formulées dans de

(1) Einjähriger Freiwilliger. Les jeunes gens qui subissent avec succès cet examen n'ont à faire qu'un an de service comme recrues, puis passent dans la réserve, ordinairement avec le grade

fort belles lettres de repentir, la situation ne s'améliore en rien. Muller travaille, il est vrai, avec ardeur à son examen, mais continue inlassablement ses frasques ; sur la table de travail du pasteur il annote des lettres confidentielles, des procès-verbaux du consistoire dont celui-ci est secrétaire ; il le conduit marauder dans une vigne royale qu'il dit appartenir à son père, et toujours achète, à plusieurs exemplaires, des objets divers dont il n'a nul besoin.

Enfin, il passe son examen très bien, brillamment même, sortant premier sur neuf candidats admis, et entre au 30^e régiment d'artillerie à pied à Rastatt. Là tout va bien pour commencer, cependant que le pasteur est assailli de réclamations de créanciers. Mis par son père en demeure de s'en expliquer, il se lamente, pleure et de nouveau promet de s'amender,.. puis recommence ses extravagances ; il brocante des uniformes, des armes, des bottes, vend à vil prix des volumes de luxe achetés à crédit, fait transformer en livre de comptes un splendide album de photographies, emprunte de l'argent à ses camarades, à de simples soldats même, en prête à d'autres ; il fait faire à un camarade tout un uniforme neuf sur le compte de son père, se commande un casque de fantaisie orné d'un grand plumet blanc qui n'est nullement à l'ordonnance de son régiment. Avec cela les hâbleries et les mensonges reprennent à qui mieux mieux. Le jeune soldat raconte qu'il est l'objet des attentions spéciales du colonel qui l'invite à dîner et à des promenades à cheval ; puis, ce qui est plus grave, il calomnie odieusement le pasteur et sa femme. Tout cela va si loin que ses camarades, auxquels il doit toujours de l'argent, le trouvant compromettant, indigne de leur

de sous-lieutenant. C'est l'examen que passent les « intellectuels » qui ne veulent pas embrasser la carrière militaire

société, rompent toutes relations avec lui, de sorte qu'il se lie avec des civils, employés des télégraphes, avec lesquels il est plus à son aise pour débiter ses mensonges et ses hableries. Puni, pour rentrée tardive, à trois jours d'arrêts de caserne, il trouve moyen, sous divers prétextes, d'en retarder l'échéance, puis enfin, au jour fixé, apporte au sergent-major un faux ordre du colonel de la remettre encore de vingt-quatre heures, promettant de se présenter le lendemain. Le lendemain il avait disparu après avoir vendu à vil prix à peu près tout ce qu'il possédait : armes, six uniformes, montre, gravures encadrées, photographies, une douzaine de porte-monnaie, jusqu'à ses draps et couvertures de lit, le tout représenté par des factures impayées qui pleuvent chez son père à la nouvelle de sa désertion.

De Bâle où il arrive sans encombre, en habits civils prêtés par un ami, Muller se rend à Genève dans l'intention de passer en France, s'engager dans la légion étrangère, mais sa famille réussit à l'y retrouver assez tôt pour l'en empêcher, et c'est alors qu'elle le place à Préfargier pour y être soumis à une observation suivie.

Questionné sur les motifs de sa désertion, Muller affirme n'y avoir pas songé avant le jour fatal. Son père ne payant pas ses dettes, il se voyait menacé de poursuites par ses créanciers ; le pasteur chez lequel il a préparé son examen et sa femme sont des jésuites qui ont raconté ses histoires ; on s'est moqué de lui ; le colonel l'a humilié devant ses camarades ; tout le monde s'était conjuré contre lui ; la servante du pasteur ne voulait plus « cirer les bottes d'un voleur ». C'est alors que dans un moment d'angoisse terrible, comme il en a depuis quelque temps, il a pris le train en habits civils. C'était une sottise, sans doute, mais une force intérieure à laquelle il lui a été impossible de résister, l'a poussé.

A Préfargier Carl Muller se montre tout de suite malade extrêmement facile et convenable, si bien qu'après peu de temps je puis lui accorder à l'intérieur de la maison et du parc une entière liberté, dont il n'abusa jamais. D'abord assez sombre et réservé, il ne tarde pas à se lier avec d'autres pensionnaires de bonne société, puis à s'occuper, mais sans beaucoup de suite et plutôt par saccades, si j'ose dire, de dessin et de musique. C'est un grand enfant, très insouciant en général, à peine inquiet de sa situation, très gai même à l'occasion, avec toutefois des accès, assez courts du reste, de dépression touchant à la mélancolie accompagnée d'anxiété précordiale.

En octobre — neuf mois après son admission — je donnai, pour être présenté à l'autorité militaire allemande, un rapport concluant. « De ce qui précède, il résulte clairement pour le soussigné que Carl Muller est atteint de délire des actes ou folie morale avec une disposition congénitale à la faiblesse intellectuelle (*psychische Degenerescenz*), et ce qui a été observé chez lui depuis son admission à Préfargier n'a fait que confirmer cette opinion. »

Ce diagnostic ne pouvait être douteux, il ne l'aurait pas été pour l'aliéniste qui n'aurait eu comme base d'appréciation, sans examen du malade lui-même, que la lamentable histoire des antécédents du jeune homme tels que je les ai extraits, en abrégé, du volumineux mémoire écrit par le père. Cependant, vu l'importance de la question pour l'avenir du malade, je proposai à son père de lui faire faire un séjour d'observation dans un autre asile suisse dont les médecins pourraient confirmer ou infirmer mon opinion. Cette mesure fut acceptée et je conduisis Muller à l'asile cantonal bernois de la Waldau, dont les médecins étaient alors les D^{rs} Schaerer et Fetscherin, deux aliénistes de premier ordre.

Ces confrères partagèrent, en somme, mon opinion, avec toutefois quelques réserves quant à la forme de l'affection mentale et à son pronostic. Muller ayant manifesté l'intention d'aller à Rastatt faire sa soumission, ils le lui déconseillent absolument, estimant que sa désertion n'a été que l'explosion subite d'un état pathologique en voie de développement, et estiment nécessaire son séjour prolongé à Préfargier. Afin de ne pas allonger ce récit en le surchargeant de répétitions inutiles, j'extrais seulement du rapport Schaerer le passage suivant : « J'ai, dans mon examen, donné, en général, beaucoup moins d'importance à ce que Muller répond aux questions à lui posées, qu'à la façon dont il y répond. Parfois, je crois avoir devant moi un faible d'esprit passif, et, si je ne savais pas qu'il a passé si bien son examen de volontariat, je le jugerais d'une intelligence bien au-dessous de la moyenne. »

Les conclusions du rapport sont : « La forme, en somme peu définie du trouble mental de L. Muller, peut être appelée manie impulsive, folie lucide, folie des actes avec phases plus ou moins accentuées de dépression. Un nom encadrant exactement tous les symptômes constatés n'a pas grande importance. Il suffira de constater l'existence indubitable d'un trouble pathologique du sentiment et de l'intelligence qui a trouvé son expression finale (*Abschluss*) dans la désertion de Rastatt et le projet, parfaitement absurde pour un homme de sa condition sociale, d'engagement dans la légion étrangère. J'envisage cet état comme une affection primaire, et la crois curable. »

Le rapport du Dr Schaerer et le mien furent envoyés au tribunal militaire de Rastatt. Celui-ci répondit qu'il ne doutait nullement de l'honorabilité et de la science des aliénistes suisses, mais que, pour lui, l'opinion officielle d'aliénistes allemands pouvait seule être prise en

considération ; il autorisa, en conséquence, le père Muller à placer son malade dans l'asile grand-ducal d'Illenau, Baden, dirigé par Roller avec Krafft-Ebing et Schulé comme seconds médecins. L'admission eut lieu le 24 octobre.

Le 23 janvier 1875, Roller donne le certificat suivant que je reproduis, en traduction *in extenso*, parce que le plus important : « M. C. Muller, aussi bien d'après l'anamnèse que nous avons sous les yeux que d'après nos propres observations, souffre d'un idiotisme de degré moyen (*Idiotismus mittleren Grades*) qui atteint moins la sphère de l'intelligence que celle du sentiment et de la volonté. On peut affirmer que dans le domaine de ces deux dernières fonctions psychiques, Muller a à peine dépassé le niveau d'un enfant d'âge moyen, tandis que la faculté de raisonnement, qui ne fait nullement défaut, s'est développée de pair avec les années. Le malade offre ainsi l'image d'un développement psychique tout à fait incomplet. Cette défectuosité se traduit par l'impuissance permanente d'agir et de se conduire raisonnablement, ainsi que par l'inutilité absolue des efforts faits par son entourage pour mettre le malade sur une meilleure voie ; les faits le démontrent lamentablement. Sur cette base d'une organisation psychique défectueuse (*defekte seelische Gesamtanlage*) s'est développé un symptôme psychopathique très spécifique. De temps en temps, à périodes non typiques, apparaît, sous forme d'excitation, un véritable délire des actes : achats insensés, prodigalités, escroqueries, mensonges, etc. L'absence de tout but raisonnable, les récidives irréfléchies bravant toutes les punitions et commises impulsivement après les meilleures résolutions, comme aussi l'absence de tout amendement, caractérisent ces actes comme pathologiquement impulsifs. La désertion de Rastatt est indubitablement

pour nous un de ces actes instinctifs auxquels le malade ne peut résister. En outre, il est caractéristique que, lorsque les circonstances extérieures empêchent le malade de se livrer à ces actes pathologiques, l'impulsion empêchée à l'extérieur se réfléchit intérieurement sous forme d'accès graves de mélancolie avec propension au suicide — de nouveau sans aucun motif, ainsi que nous l'avons nettement constaté à plusieurs reprises. Notre profonde conviction est donc — ainsi que cela vient d'être démontré — que Carl Muller est aussi bien irresponsable de sa désertion qu'impropre à la continuation de son service militaire. »

Le 19 février, le tribunal militaire, « au vu des rapports des aliénistes de Préfargier, de la Waldau, d'Illenau et du préavis du médecin du régiment d'artillerie auquel appartient Muller... l'envisageant comme irresponsable de sa désertion » clôture l'enquête et le met hors de cause.

Le 7 août, le Conseil supérieur de revision, à Stuttgart, le déclare impropre à tout service militaire et, en 1887, Carl Muller est, à l'âge de trente-deux ans, nommé professeur de zoologie à l'Université prussienne de X...!

Je m'étais donc trompé, mais, on le voit, en fort bonne compagnie, et mon collègue de la Waldau seul avait eu raison en n'envisageant pas Muller comme incurable. Une lecture attentive de son rapport ne m'indique en rien ce qui l'a conduit à en juger ainsi, et il est mort depuis longtemps. Le cas est vraiment bien extraordinaire, et l'éminent Dr Schulé — encore aujourd'hui médecin-directeur d'Illenau, où il est en fonctions depuis 1883 — qui a bien voulu me communiquer le dossier Muller, a raison de dire : « un *unicum*, une folie morale guérie ».

L'incurabilité de cette triste affection était, en effet,

jusqu'ici, admise par tous les aliénistes. Cependant Ziehen (1), professeur de psychiatrie à Berlin, écrit « qu'on ne doit jamais, *a priori*, parler d'incurabilité dans les cas d'idiotie, d'imbécillité et de simple faiblesse mentale, car il est rare qu'un traitement convenable n'ait pas au moins quelques bons résultats ». Certains auteurs, et non des moindres, distinguent entre les folies morales constitutionnelles et les folies acquises (épilepsie, blessures du cerveau, etc.) ; les premières sont incurables, les secondes peuvent, moyennant un traitement rationnel, être plus ou moins amendées.

Chez C. Muller ne s'est produit aucun accident quelconque permettant de ranger son cas dans la seconde de ces catégories. C'est, on l'a vu, dès son enfance que les anomalies du caractère se sont montrées, on doit donc admettre une forme constitutionnelle que pourtant rien n'explique. La famille, je l'ai dit, nie toute hérédité, sauf peut-être un grand-oncle quelque peu original, mais qui n'a pas parmi ses ancêtres un vieil oncle original au moins ? Ah ! je sais bien ce que valent les affirmations des familles dans cette terrible question de l'hérédité. Souvent les plus proches parents ne savent pas eux-mêmes, niant, de très bonne foi, toute tare de cette nature, alors que le spécialiste consulté, beaucoup mieux renseigné qu'eux, connaît personnellement dans leur ascendance des affections mentales ou nerveuses, de l'alcoolisme, qui ne laissent aucun doute sur la nature héréditaire de l'affection. Muller, au surplus, ne présentait aucun stigmate corporel de dégénérescence. J'ai rappelé plus haut que, plusieurs années après son affaire militaire, un frère est mort de paralysie générale et une sœur a souffert d'accès de mélancolie. Mais la

(1) Ziehen. *Psychiatrie*. 1908.

paralysie générale n'a rien à faire avec l'hérédité, et de simples accès de mélancolie peuvent fort bien survenir en l'absence de toute tare de cette nature. Alors ? Erreur de diagnostic ? Cela paraît impossible, car aucun aliéniste, au vu des antécédents de Muller, n'hésiterait, aujourd'hui encore, à conclure à une folie morale.

Lors de mes études, à Prague, le professeur de chirurgie, qui avait de la littérature et ne craignait pas d'émailler son exposé d'anecdotes amusantes ou de mots pittoresques, parlait un jour du cancer. Pour bien graver dans l'esprit de ses auditeurs le dogme de son incurabilité : « Une vieille ballade, dit-il, chante ainsi : — Mon cœur, dis-moi ce qu'est l'amour ? — L'amour est une flamme en deux flammes, une âme en deux âmes. — Quand vient-il ? — Il vient à son jour. — Quand passe-t-il ? — L'amour qui passe n'était que l'ombre de l'amour... Eh bien, messieurs, c'est faux cela, n'en déplaise au poète, cela ne peut se dire que du cancer ; le cancer qui passe n'était pas le cancer... »

Jusqu'à Muller, j'aurais dit aussi : la folie morale qui passe n'était pas la folie morale. Certes, ce cas extraordinaire n'ébranlera que très peu le dogme de son incurabilité — une hirondelle ne fait pas le printemps — mais il montrera peut-être qu'avec Ziehen — Krafft-Ebing parle aussi dans ce sens — il ne faut pas désespérer trop tôt, en abandonnant le malade à son triste destin sans rien tenter pour l'améliorer.

Voyons maintenant comment, chez Carl Muller, la guérison s'est produite. Elle est venue d'elle-même, sans l'emploi d'aucun traitement spécial, physique ou moral. Après la liquidation de son affaire militaire, il reste encore à Illenau jusqu'en juillet 1875, fait ensuite un séjour dans une petite ville de Bavière, puis, au printemps suivant, entre dans la maison de santé du

D^r Landerer, à Göppingen (Wurtemberg). Je ne sais rien de ces deux séjours, ni des motifs qui l'ont fait placer dans ce dernier asile, mais c'est là, qu'encouragé par les médecins, il se mit sérieusement à l'étude de la zoologie pour laquelle, déjà comme enfant, il avait un goût marqué. Sorti de l'asile, il va étudier à Strasbourg, puis à Heidelberg, d'où il m'écrit, en mai 1881 :

« Monsieur le Directeur, vous m'avez toujours tant témoigné d'intérêt, lorsque j'étais confié à vos bons soins, à Préfargier, que je me sens pressé de vous annoncer un événement qui me remplit de joie. Je viens de terminer heureusement mes études, en passant très bien mes examens de doctorat. Depuis six ans et demi que je n'ai plus eu le plaisir de vous voir, vous n'avez sûrement rien entendu dire de bon de moi, mais à présent que, depuis trois ans, je suis tout à fait bien, je ne veux pas laisser passer cette occasion de vous dire qu'aujourd'hui, sur un bon chemin, j'espère devenir un membre utile de la société, et je tiens à vous annoncer ce premier succès.

« En vous priant de bien vouloir saluer très cordialement de ma part toutes les personnes de Préfargier, pensionnaires et employés, qui se souviennent encore de moi, je reste, avec profonde reconnaissance,

« Votre C. MULLER. »

Après le doctorat, les étapes sont rapidement franchies. En septembre 1881, Muller devient assistant du laboratoire de zoologie de X... ; en janvier 1883, il est nommé privat-docent et, en 1887, professeur titulaire. Je ne l'ai revu qu'une fois, déjà grisonnant, mais suis constamment resté en correspondance avec lui. Il s'est marié et a eu cinq enfants, tous normaux. Il est mort en 1912, sans avoir jamais rien présenté d'anormal. La

seule fois que je l'ai revu, il m'a parlé incidemment de « ses années de folie », sans aucun embarras, mais le terrain étant un peu délicat, je n'ai pas osé, de crainte de réveiller des souvenirs trop pénibles, lui en demander l'explication, et dans sa correspondance — à l'exception de la lettre ci-dessus — il ne m'en a jamais parlé. J'ignore donc comment lui-même jugeait son douloureux passé.

En outre de ses cours et travaux de laboratoire, C. Muller, doué d'une très grande puissance de travail, a beaucoup écrit. Joignant à une culture générale très étendue, un précieux talent de vulgarisation, il a laissé des volumes remarquables aussi bien par l'élégance du style que par la clarté de l'exposition. Il a même écrit un roman historique qu'on peut mettre au nombre des classiques de ce genre de littérature.

Tel est le cas intéressant que j'ai le plaisir de raconter aux lecteurs des *Annales*. Si quelque confrère bienveillant lui trouve une explication que ne sait pas découvrir un vieil aliéniste *in partibus*, je lui en serai fort reconnaissant.

QUELQUES DIGRESSIONS PHILOSOPHIQUES

A PROPOS DE

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CHEZ UN JACKSONIEN

Par le Dr Roger SAUVAGE

Chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Toulouse.

Cælius Aurelianus (1) fut sans doute le premier à noter les troubles de la sensibilité dans l'épilepsie ; mais ses constatations semblent être demeurées dans l'oubli jusqu'au jour où le livre de Jean Taxil (2) les remit en lumière.

Deux siècles plus tard, Morel marquait les caractères de l'épilepsie larvée mentale avant lui méconnue.

Si nous rapprochons, dans ces brèves considérations historiques, la notion « troubles de la sensibilité » ressortissant surtout à l'épilepsie partielle de celle des équivalents de l'épilepsie dite « essentielle », c'est que nous nous proposons d'étudier un cas clinique où l'on voit des phénomènes sensitivo-sensoriels apparaître comme équivalents de crises convulsives du type Bravais-Jacksonien.

Charcot (3) fut le premier à considérer certains troubles sensitifs et sensoriels, jusque-là rangés parmi

(1) Livre I, chapitre IV.

(2) Jean Taxil. *Traité de l'épilepsie*. Cité par Delagrange. Thèse, Paris, 1874.

(3) *Leçons du mardi*, 1887.

les phénomènes de l'aura, comme des accès d'épilepsie partielle. Pitres (1) publia, vers la même époque, une étude sur quelques équivalents psychiques de l'épilepsie jacksonienne. Lowenfeld, reprenant la question, en 1890, arrive à des conclusions toutes pareilles à celles des auteurs précités. C'est à une revue générale des publications antérieures que Delagrange consacre sa thèse (2) où il relève des observations de Desplats et Didier (3).

Delagrange divise ses malades en deux catégories : chez les premiers, les symptômes sensitivo-sensoriels constituent à eux seuls la maladie tout entière ; chez les autres, on voit apparaître, avec une fréquence variable, des crises convulsives. Quoi qu'il en soit, ces équivalents peuvent consister tantôt en des phénomènes douloureux du type de la migraine simple ou de la migraine ophtalmique, tantôt en des hallucinations plus ou moins complexes, suivies ou non d'un vertige, d'une « absence » de courte durée.

Dans la première des observations de Desplats et Didier, nous relevons, par exemple, des hallucinations de la vue et de l'ouïe : la malade voit des chevaux monstrueux suspendus par les pattes ; son père et sa mère, morts depuis longtemps, lui apparaissent et lui disent distinctement : « Pauvre Emilie ! A l'hôpital ! »

Il n'y aurait là rien que de banal si les auteurs ne prenaient soin de nous signaler un fait sur l'importance duquel nous aurons à revenir : « La malade reconnaissait la nature morbide de ses hallucinations et les cachait de peur de passer pour folle. » De même, la seconde malade qui « voyait presque tous les soirs des personnes prendre des proportions énormes, le plus

(1) *Revue de Médecine*, 1889.

(2) *Thèse*, Paris, 1894.

(3) *Journal des Sciences médicales de Lille*.

souvent en épaisseur, quelquefois en hauteur », reconnut bientôt la nature malade de ses illusions et réussit à les faire disparaître, soit en sortant, soit en se passant de l'eau à la figure, soit en avalant quelques gorgées.

Une malade observée par Pitres *« voyait ses doigts devenir gros comme des saucisses »*.

Rolland, dans son remarquable mémoire (1), avait d'ailleurs écrit : « Indépendamment et en dehors des attaques, le malade peut encore présenter quelques troubles psychiques post-épileptoïdes, consistant en hallucinations de la vue et de l'ouïe. »

Raymond a présenté dans ses cliniques (2) une jeune fille de quinze ans et demi qui peut être cataloguée épileptique sensitivo-sensorielle, bien que le maître ait seulement dit : épilepsie.

Elle s'assied et reste immobile, les yeux vagues, avec un visage sans expression, comme si elle ne regardait rien et ne voyait rien. Et quand nous lui demandons pourquoi elle a cette attitude : « Je me tiens ainsi, dit-elle, parce que je ne vois rien ; je ne vois pas clair. » Elle était dans cet état depuis quatre jours.

Elle répondait très nettement à nos questions qu'elle comprenait bien ; elle n'avait aucun trouble intellectuel ; elle nous demandait avec instance de la guérir et de lui rendre la vue.

Nous examinons les yeux et nous constatons que les pupilles sont normalement dilatées et que leurs réflexes sont bons. Nous présentons alors à la jeune fille un tableau et nous lui demandons de lire ce qu'elle y voit. Et elle se met à lire... Elle n'était donc pas frappée de cécité, elle voyait.

C'est une manière de parler commune à tous les malades de ce genre et qu'il importe de connaître ; ils disent qu'ils n'y voient pas, alors qu'en réalité, ils voient.

Quand nous faisons remarquer à notre jeune fille qu'elle voit puisqu'elle lit, elle nous répond : « *Je ne vois pas comme autrefois, je vois drôle, je suis drôle moi-même.* »

(1) *Del'épilepsie jacksonienne*. Delahaye et Lecrosnier, édit., 1888.

(2) Voir *Journal de médecine interne*, 1^{er} février 1902.

Il en est ainsi dans tous les cas analogues ; le malade voit, mais il a un trouble de la perception.

Ces troubles de perception n'existent pas seulement pour la vue ; à côté des personnes qui prétendent ne pas voir, il en est d'autres qui affirment ne point entendre.

Une femme fit jadis le désespoir des auristes de Paris ; elle avait un défaut de perception auditive coïncidant avec une mentalité abaissée. Notre fillette a donc un trouble de perception visuelle ? A quoi faut-il le rattacher ?

La maman, interrogée, nous apprend que sa fille faisait involontairement des grimaces, qu'elle avait des pâleurs subites, qu'elle avait des absences de mémoire ; qu'elle avait eu, même, des attaques convulsives. L'enfant est donc une épileptique.

Nous avons eu personnellement l'occasion d'observer un jeune homme de vingt-quatre ans dont voici l'histoire :

Ray... (Maurice). Ne paraît pas posséder d'antécédents héréditaires mentaux. On ne note que du nervosisme chez les ascendants.

ANTÉCÉDENTS CONSANGUINS. — Un frère plus âgé : trente ans. N'est pas très intelligent, sandalier. Marié, a un enfant. Un frère mort à neuf mois : aurait vingt-cinq ans actuellement. Tout le monde, dans la famille, était fréquemment atteint d'helminthiase, au dire du malade.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dit n'avoir jamais été malade avant l'âge de dix ans. A cette époque, débutèrent ses crises. Il jouait lorsqu'il reçut dans l'œil un morceau de bois ou de paille. Ce léger trauma lui causa une vive émotion. Aussitôt, il sentit un frémissement dans les doigts de la main gauche, il dut s'appuyer à un mur pour ne pas tomber.

Il ne se souvient pas si les premières crises qu'il présenta dans la suite suivirent de près ou de loin cet accident. Mais il se souvient nettement qu'auparavant il n'avait jamais rien présenté d'anormal.

Voici comment il décrit les crises qui devaient se répéter longuement identiques : « Je ressentis dans les dents quelque chose... comme si mes dents avaient été de chair molle. En même temps, j'avais besoin d'uriner. Puis, il me prenait un fourmillement dans les doigts qui montait, et quand il arrivait

au bras, cela me faisait atrocement mal; ça me faisait tordre le bras, la main, puis ça montait à la tête, ça me faisait fermer l'œil, je souffrais très fort de la moitié de la tête et puis c'était passé. » Certaines fois, à l'école, quand il sentait venir la crise, il sortait, se mettait à courir très vite au milieu de la cour, et il lui semblait que l'air vif lui calmait sa douleur.

Plus tard, les crises devinrent plus fréquentes, et bientôt le malade eut tendance à perdre connaissance au cours de sa crise.

Les crises se sont d'ailleurs reproduites, depuis lors, avec les mêmes symptômes et le malade a beaucoup de peine à expliquer ce qu'il ressent exactement. « Je ne puis guère expliquer, dit-il, je souffre trop. »

Depuis un mois environ, le malade présente un phénomène psychique jusque-là inconnu de lui et qui lui fait voir les objets autrement qu'autrefois. Il lui semble que son corps n'est plus le même, *que sa main a changé de forme, qu'il a grossi, que tout ce qui l'entoure a changé de forme et de dimensions*. En général, les objets lui paraissent plus grands.

Disant cela, il regarde sa main gauche, la tourne, la retourne devant ses yeux et secoue la tête d'un mouvement négatif, tandis que son regard exprime l'étonnement. De temps à autre, il lève la tête, regarde le plafond, puis scrute les coins de la pièce, fixe son regard sur tel ou tel objet et ne l'en détache qu'un long moment plus tard. Ses deux mains lui semblent ne plus faire partie de lui-même. Son corps tout entier, d'ailleurs, n'est pas lui; il ne croit pas qu'il soit à un autre, il ne se sent pas double, il ne lui semble même pas que ses organes sont distincts de sa pensée, il n'a pas de pensée. « Je parle, oui, je sais ce que je dis, mais ce n'est pas sûr. Il me semble que ceux à qui je parle ne croient pas ce que je dis, *que ce n'est guère réel, ce que je dis.* »

A certains moments, très courts, il se trouve lucide, et se reconnaît tel qu'il était. Ça commence par en bas, ça monte progressivement, il se reconnaît de plus en plus haut, mais en général ça s'arrête au cou. En racontant ceci, le malade indique de la main des demi-cercles qui le détaillent en tranches successives, superposées de bas en haut. Quand il retombe dans l'état primitif, la sensation suit une voie analogue. C'est un voile qui monte du creux épigastrique, arrive au menton et l'enveloppe tout entier.

Le malade ne souffre pas trop de la tête. Quand il lui arrive d'en souffrir très fort, sa lucidité revient. Normalement, il a

plutôt une sensation de gêne. Il se plaint un jour que ses ongles changent constamment de couleur : tantôt ils sont violets, tantôt rouges. En fait, il présente un peu de cyanose des extrémités.

EXAMEN PHYSIQUE. — Marche voûtée, expression de préoccupation constante, souvent de tristesse. Passe souvent la main sur ses yeux, comme pour enlever une sensation de brouillard. Clignote fréquemment, mais ce clignotement semble voulu et paraît destiné au même but. Implantation très basse des cheveux. Voûte ogivale. Tremblement marqué des mains. Tremblement de la langue. Réflexes pupillaires normaux. Réflexe cutané abdominal très léger et inconstant. Crémastérien très lent et très peu marqué. Cutané plantaire infiniment léger, tendance à l'extension. Patellaire exagéré des deux côtés. Achilléen également. Olécranien net.

Pas d'astéréognosie. Sensibilité normale à la piqure, à la chaleur.

Dermographisme. Cœur normal. Poumons normaux. Matité hépatique normale. Musculature et ossature en fort bon état.

24 mai. Essai infructueux de sommeil hypnotique.

25 mai. Souffre moins de la tête. A ressenti des bouffées de chaleur montant des jambes vers la tête. Dit avoir eu comme de fausses attaques : des tremblements dans les bras, des secousses musculaires jusque dans les muscles du cou, puis tout s'arrêtait. Il lui arrive plus souvent de voir les objets tels qu'ils sont.

3 juin. Le malade est plus inquiet. Il se plaint d'avoir des crises plus fréquentes et de ressentir les symptômes avertisseurs très douloureux et très prolongés. Ce sont des sensations de strictions dans la région cardiaque très difficiles à analyser. Il montre sa tête d'abord, puis son côté, en disant : « Ça me prend là, puis ça va ici, à l'estomac... Il me semble que l'air m'y fait du bien. »

Le soir, il a la sensation qu'on lui presse la tête en avant comme dans un étau.

8 juin. Série de crises se répétant toutes les trois minutes. Elles s'annoncent par une sensation de chaleur à la face. Le malade portait la main à son menton pour le relever, pensant respirer ainsi plus facilement. Les muscles de sa face se contractent du côté droit, le coin de la bouche relevé, le menton dévié, toute la face paraît tirée vers le haut. Le malade souffrait en même temps, mais la souffrance n'était pas la même que celle ressentie d'habitude. Elle était moins forte. A un moment,

apparaît une crise absolument semblable à celles dont le malade est généralement atteint. Elle marque la fin de cet état.

Une nouvelle crise apparaît le 16 juin.

Le 18 *juin*, le malade va assez bien. Il nous dit que la journée de dimanche l'a attristé. Il ne souffre pas trop de la tête, mais se plaint d'avoir les idées un peu obscures. Disant cela, il porte la main à son front, suivant son geste habituel.

25 *juin*. Analyses d'urines : ni sucre ni albumine. Mais se plaint d'une constipation opiniâtre. Le 22 au soir, il raconte que, vers les 10 heures, se promenant sur les allées, il eut un moment de « lucidité d'esprit » qui dura de cinq à dix minutes au plus. Puis le brouillard revint. Un moment avant, il avait souffert de la tête et se demandait s'il n'allait pas avoir une crise. Celle-ci n'est venue que le lendemain, vers 5 h. 3/4. Pas très violente, et toute pareille aux autres.

Le malade a remarqué *que, lorsqu'il rêve, sa lucidité d'esprit est parfaite. Il voit alors véritablement les objets tels qu'ils sont, tels qu'il les voyait autrefois.*

Le 3 *juillet*, il reçoit un violent coup de canne sur le côté gauche de la tête (sommet du pariétal). Il reste étourdi, incapable de crier, se roule par terre, puis se met à trembler; il n'y voyait presque pas. On le déshabille, on le couche, et une demi-heure après environ survient une crise courte après laquelle il s'est senti mieux. Depuis, il se trouve bien.

Le 8 *juillet*. La constipation a disparu sous l'influence de cachets de rhubarbe.

12 *juillet*. A eu une crise le 11 juillet. Se plaint de souffrir de la tête et d'être toujours constipé. On lui marque des cachets de benzonaphtol.

Vers la mi-juillet, se plaint de bourdonnements dans les oreilles qui l'empêchent d'entendre. Ils seraient surtout marqués à gauche. Ces phénomènes disparaissent par moments, puis réapparaissent.

Le 29 *juillet*. Le malade se plaint d'avoir ressenti une sorte de nouure qui se déplaçait du côté gauche vers le milieu du cou, « comme un bouton gênant ».

Langue constamment blanche. Tremblement rapide et ténu.

Le 19 *août*. Le malade se présente à nous assez normal lorsque, tout à coup, son regard devient fixe. Sa face prend un aspect angoissé. — Qu'as-tu? demandons-nous. — Je ne sais pas... un symptôme (?), peut-être une crise. Attitude inquiète. Serre sa main gauche avec la droite. L'expression d'angoisse

s'accentue. Quelques contractions des muscles de la face, qui apparaît vultueuse. Flexion de la tête à gauche. Raidissement du bras gauche tendu avec torsion en pronation. Mouvements de va-et-vient du bras droit qui se fléchit comme pour saisir l'épaule gauche. Tombe à genoux sur la jambe droite. La gauche se contracte et s'écarte, glissant sur le sol. Durée de la crise : une à deux minutes. Obnubilation légère. Bave. Regarde autour de lui d'un air un peu égaré. Puis annonce que ça passe. S'aperçoit qu'il bave et s'essuie. La face demeure rouge.

EXAMEN OCULAIRE. — Dès que les paupières sont fermées les globes oculaires convergent et le malade regarde le bout de son nez. Quand il les ouvre de lui-même, il est obligé de faire effort pour regarder en face. La plupart du temps, la convergence vers le bas est suivie d'une convergence vers le haut que suit le redressement progressif des globes.

Si l'ouverture des paupières est passive, les mêmes phénomènes oculaires se reproduisent dans le même ordre. On note la persistance du réflexe accommodateur. Quant au réflexe lumineux, il semble paradoxal. Toutefois, une contraction presque imperceptible précède la dilatation.

Septembre. Le malade a des crises espacées. Il se sent assez bien.

NOTA. — Ce malade n'a jamais cessé de prendre du bromure.

Nous ne retiendrons de cette observation que les troubles de la conscience, ou plutôt de la personnalité, mieux encore : de *la conscience de la personnalité*, que nous avons constatés chez Maurice R... et nous insistons sur leur intensité et leur durée tout à fait étranges. Les symptômes analogues, mais infiniment plus éphémères, ont dès longtemps été remarqués et signalés en tant que faisant partie de l'aura soit des attaques d'épilepsie totale, soit des crises d'épilepsie partielle.

La plupart des malades de ce genre déclarent qu'ils se sentent « drôles, » qu'ils ne « se sentent pas comme d'habitude », qu'ils ne « voient plus les choses de la même manière ».

Un problème pourrait être ici soulevé, à savoir si les

malades ne présentant que des équivalents sensitivo-sensoriels et n'ayant pas eu de crise convulsive caractérisée doivent rentrer dans la catégorie des épileptiques jacksoniens, ou des épileptiques « essentiels ».

C'est dans une autre voie que nous désirons poursuivre notre étude. Nous nous demanderons quelle part contributive peut apporter notre observation à une discussion psychologique vieille déjà, mais renouvelée par des études contemporaines, et dont la dernière lueur nous paraît avoir brillé dans une récente étude de Pierre Janet sur « le subconscient » (1).

Le point de départ en est à rechercher dans les ouvrages de Krishaber (2) et Taine (3). Des opinions diverses ont été émises par Ribot (4), Dugas (5), Eugène-Bernard Leroy (6), Raymond et Janet (7).

« Sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque, Krishaber décrit une maladie dans laquelle on voit très bien comment se fait et se défait l'idée du moi. Selon M. Krishaber, le trait essentiel de la maladie est probablement une contracture des vaisseaux qui nourrissent la région sensitive cérébrale où se produisent les sensations brutales; et probablement il n'y a d'autre contracture que celle-là; les vaisseaux sanguins des hémisphères restent à l'état normal. Le symptôme visible est une perversion des sensations proprement dites, rien de plus; cette perversion n'atteint pas le jugement, la raison, le souvenir et les autres opérations qui dépas-

(1) *Scientia. Rivista di Scienza*. Vol. VII. Anno IV, 1910. N. XIII, VI.

(2) *La névropathie cérébro-cardiaque*, Paris, 1873. Masson, édit.

(3) *De l'intelligence*. T. II, p. 465.

(4) *Les maladies de la personnalité*, 1885.

(5) *Revue philosophique*, 1894-1898.

(6) *Revue philosophique*, 1894-1898.

(7) *Névroses et idées fixes*, 1898.

sent la sensation brute; toutes ces opérations demeurent intactes; le malade n'est pas fou; il rectifie les croyances fausses que lui suggère l'étrangeté de ses impressions; il résiste à ces croyances, il les déclare illusoires; il n'est point dupe; ainsi le jeu des hémisphères est normal; il n'y a de trouble que dans la protubérance et autres centres sensitifs. Mais, comme presque toujours la maladie arrive brusquement, l'effet est immense; on ne peut mieux comparer l'état du patient qu'à celui d'une chenille qui, gardant toutes ses idées et tous ses souvenirs de chenille, deviendrait tout d'un coup papillon avec les sens et les sensations d'un papillon (1). »

Oubliant pour le moment l'hypothèse anatomique, remarquons l'analogie des phénomènes observés chez Maurice R... et de ceux indiqués par Krishaber. Taine en cite de plus voisins : « Un malade dit que *lorsqu'il parlait, sa propre voix lui semblait étrange; il ne la reconnaissait pas, il ne la croyait pas sienne*. Lorsqu'on lui parlait, il se sentait étourdi comme si plusieurs personnes lui parlaient à la fois... Il ne reconnaissait ni le goût ni l'odeur des mets, et ne distinguait pas les objets au toucher, les yeux fermés. En outre, ses sensations musculaires étaient troublées; il ne sentait pas le sol en marchant, ce qui rendait ses pas incertains et lui donnait la crainte de tomber; ses jambes étaient mues comme par un ressort étranger à sa volonté; il lui semblait constamment qu'elles ne lui appartenaient pas... Lorsqu'il causait avec quelqu'un, il lui voyait deux têtes incomplètement emboîtées l'une dans l'autre. » En outre, « les objets avaient perdu leur aspect naturel; tout ce qu'il voyait avait changé de manière d'être » (1).

(1) Taine. Page 467.

Un autre malade écrit :

La première sensation que j'aie éprouvée était une bouffée qui me montait à la tête. C'était le 25 novembre 1869. Dans la quinzaine précédente, j'avais des troubles visuels peu accusés. Je me souviens parfaitement d'avoir dit à un ami que les objets me paraissaient changer d'aspect, il y avait aussi de l'hyperesthésie de la vue, et je portais depuis quelque temps des lunettes légèrement colorées... Le 25 novembre, aussitôt après avoir eu la sensation de cette bouffée chaude, je fus pris de bourdonnements d'oreille, et j'eus de l'obnubilation intellectuelle. Comme je tenais un journal à la main, je pus immédiatement constater que je n'en comprenais pas le sens. En me mettant debout, j'étais titubant, les objets tournaient autour de moi, et j'eus des lueurs dans les yeux, je me regardai dans une glace, et je pus constater que je n'avais pas de déviation de la face (1)... Il me semblait que quelque chose tendait à m'isoler du monde extérieur (2)... Dans les premiers temps, il m'a semblé que je n'étais plus de ce monde, que je n'existais plus, que je n'existais pas. Je *n'avais pas le sentiment d'être un autre*; non, il me semblait que je n'existais plus du tout. *Je tâtais ma tête, mes membres; je les sentais. Néanmoins, il m'a fallu une grande contention d'esprit et de volonté pour croire à la réalité de ce que je touchais.* »

Citant des expressions de malades, Taine rapporte celle-ci : « Souvent, il me semble que je ne suis pas de ce monde; *ma voix me paraît étrangère.* » Tout à fait analogues sont les observations d'origine diverse que nous croyons nécessaire de grouper ici.

La femme Bei, âgée de dix-huit ans (3), éprouva, trois mois avant l'époque où son histoire fut recueillie, une violente émotion qui la bouleversa. Elle commença dès lors à éprouver « un sentiment singulier » qui n'a plus jamais disparu depuis. Elle n'avait aucun malaise, sauf une certaine gêne dans la partie postérieure de la tête, elle voyait clair, entendait bien, pouvait se mouvoir sans peine... et cependant, depuis ce moment, elle

(1) Taine. Page 468.

(2) Taine. Page 469.

(3) Raymond et Janet. *Névroses et idées fixes.*

répète toujours la même chose : « *Mais où suis-je? Que suis-je devenue, ce n'est pas moi qui parle, ce n'est pas moi qui mange, ce n'est pas moi qui travaille, je ne me vois pas faire cela.* »

Ver..., âgé de vingt ans (1), un peu arriéré et dégénéré, avait, un an et demi auparavant, à la suite d'une vive émotion, éprouvé quelque chose dans la tête qu'il ne peut pas expliquer. Trois semaines après, se sentant déjà anormal, il a subi une nouvelle émotion... Depuis ce temps, il s'est trouvé complètement changé. « Cela me faisait comme si ce n'était pas moi qui marchais, qui causais, comme si ce n'était pas moi qui vivais, comme si ce n'était pas moi qui mangeais; même quand je dors, cela me fait comme si ce n'était pas moi qui dormais. J'ai beau me regarder, je suis comme gêné de mon corps, comme si ce n'était pas moi, *comme si je vivais à côté de mon corps*, à côté de moi si vous voulez, je ne sais pas comment dire, je ne comprends pas. »

« On observe dans le langage de ce malade les mêmes contradictions que chez le précédent », font remarquer Raymond et Janet : « Tantôt il dit qu'il sent, tantôt il semble dire qu'il ne sent pas. »

E.-B. Leroy (2) communique au IV^e Congrès international de psychologie une observation remarquable du même type que nous reproduisons *in extenso*.

« Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, bien constituée, qui, à la suite d'une émotion vive et prolongée, vit débiter sa maladie, non d'une façon brusque, semble-t-il, mais petit à petit. Son mari remarqua d'abord qu'elle se palpait fréquemment la figure disant : « C'est drôle, je ne sens plus rien. » Elle se plaignait de ne *pas voir les choses comme autrefois*, de n'avoir plus de mémoire; quand on l'interrogeait sur son état, elle disait : « Je ne sais pas, je ne me rappelle pas, il ne faut me demander rien; je ne sais plus rien. » Lorsqu'il lui arrivait de recevoir une visite, elle reconnaissait parfaitement bien la personne et causait avec elle tout à fait normalement, mais ensuite, elle soutenait ne pas savoir ce qu'elle avait dit, « et

(1) Raymond et Janet. *Loc. cit.*

(2) E.-B. Leroy. *Sur l'illusion dite « dépersonnalisation »*. Congrès international de psychologie. Paris, 1900, 20 août.

pourtant, ajoute son mari en manière de conclusion, elle se rappelle bien les choses, puisqu'elle les dit ». En outre, elle devenait préoccupée, il lui arrivait de ne pas répondre quand on lui adressait la parole, elle ne voulait plus voir personne. Néanmoins, elle continua encore à travailler et depuis quelques jours seulement elle a cessé de s'occuper des soins du ménage. Ce qui me frappa tout d'abord, lorsque je me trouvai pour la première fois en présence de cette malade, ce fut l'état d'agitation continue dans lequel elle se trouvait : elle était assise et se livrait, sans quitter sa place, à l'exécution de mouvements bizarres et compliqués ! elle se tâtait les mains, elle se tâtait les bras, promenait les mains sur sa tête et sur son cou, elle dégrafa même son corsage pour tâter sa poitrine ; elle faisait claquer ses mâchoires, se tirait les cheveux, se tirait le pavillon de l'oreille ; mais le tronc, les membres inférieurs et les globes oculaires ne participent en rien à toute cette agitation. Les mouvements ne ressemblent d'ailleurs aucunement à des mouvements convulsifs ou choréiformes, encore moins athétosiques, ils ne sont ni brusques, ni incoordonnés, ils ne se répètent pas périodiquement comme des tics, mais présentent au contraire tous les caractères des mouvements réfléchis et volontaires ; pendant leur exécution, toutefois, la figure de la malade exprime une légère anxiété, ou du moins une grande préoccupation. Interrogée sur la raison de tous ces gestes, elle répond qu'elle ne sent plus rien, ou que, du moins, elle ne sent plus rien comme autrefois, et que dès lors « c'est plus fort qu'elle », il faut qu'elle se tâte. « C'est insensible tout cela, me dit-elle, en se palpant le pavillon de l'oreille ; le matin, quand je veux me peigner, je ne sens pas mes cheveux. J'ai l'insensibilité de la main, quand je me lave, je ne sens pas. Hier, quand j'ai embrassé ma fille, cela ne m'a rien fait en l'embrassant, il ne me semblait pas que je l'embrassais, mes lèvres ne sentaient rien. Mes paupières sont insensibles ; quand je me réveille je fais toujours ça (elle se frotte les paupières), mais je ne sens rien. » Il en est de même pour toute la surface de son corps. « Cela me fait, dit-elle en promenant sa main le long de sa colonne vertébrale, un grand vide dans le dos, je ne sens plus mon dos. » De même, en se palpant le côté gauche, elle dit : « Ça me fait comme si c'est insensible. »

A l'en croire donc, elle serait anesthésique totale, elle n'aurait plus ni sensations, ni perceptions, ni émotions, ni souvenirs, ou tout au moins ces différents phénomènes psychologiques

seraient grandement modifiés. Voyons jusqu'à quel point ces affirmations sont justifiées. Je constate d'abord qu'elle ne présente aucune anesthésie tactile, aucune diminution appréciable de la sensibilité ; la localisation des sensations se fait normalement et avec précision. La sensibilité à la douleur ne paraît pas diminuée, et la sensibilité thermique non plus. La vue semble également n'avoir rien perdu de son acuité ; le champ visuel est de dimensions normales. Tous les réflexes oculaires sont normaux, et cependant la malade dit ne pas voir comme auparavant. « Que c'est malheureux, dit-elle notamment, d'être vivante, et de ne pouvoir voir les siens quand ils sont là ; je ne vois pas du tout comme avant. » De même, elle prétend ne pas sentir et distinguer le goût des aliments, ne pas savoir ce qu'elle mange ; cependant, la sensibilité gustative paraît intacte, elle reconnaît parfaitement le sucré et l'amer. Pour l'odorat, même contradiction.

Elle se plaint de ne pas entendre sa propre voix quand elle parle, de ne rien entendre de la même façon qu'autrefois. « Je cherche toujours, dit-elle, à dire, à raconter, pour entendre le son de ma voix ; quand je cause, il ne me semble pas que c'est moi qui cause, *ce n'est pas comme si c'était une autre personne, mais il me semble que ce n'est pas moi.* » Une autre fois, elle dit : « Je n'entends plus aucun son. » Quand elle coud : « Je suis très gênée, dit-elle, de ne pas entendre, de ce que mon aiguille ne fait pas le même bruit qu'autrefois. » De même, elle est gênée pour marcher, non pas qu'elle ait quelque chose aux jambes, mais parce que « quand on marche, on entend le bruit des pas ; mais, quand je marche, je n'entends pas le bruit de mes pas » ; pourtant, en réalité, son ouïe est aussi fine que celle d'une personne normale.

On observe, pour ce qui est des émotions, les mêmes contradictions que pour les sensations. Lorsque ses enfants viennent, elle les voit avec plaisir et les embrasse avec tendresse ; mais elle prétend que leur présence lui est indifférente. Elle s'anime en parlant, et tout, dans son langage, dans ses gestes, montre qu'elle n'est nullement apathique.

La mémoire ne paraît nullement affaiblie. Quoi qu'en dise la malade, le souvenir des sensations simples et des émotions est conservé, que ces sensations soient récentes ou anciennes ; de même le souvenir des événements. La première fois que je l'interroge sur sa vie passée, elle me répond qu'elle ne se rappelle plus rien, mais elle commence aussitôt à en parler, et je

vois qu'au contraire ses souvenirs sont très précis. Elle me raconte avec détail sa vie et s'anime beaucoup au souvenir de son pays natal. Comme je lui fais remarquer que sa mémoire est rien moins qu'abolie, comme elle le dit, elle me répond : « Je sais bien toutes ces choses, mais je ne me les rappelle pas », et comme j'avoue ne pas comprendre, elle dit : « Je me rappelle bien les choses passées, mais je ne peux me les imaginer. » Et cependant, elle peut se les imaginer fort bien ; elle avoue se représenter parfaitement les lieux et les personnes dont elle a parlé. Il y a là une contradiction qu'elle ne peut expliquer. De même pour les faits plus récents, pour les événements qui ont précédé et amené la maladie, pour les incidents de la veille et du jour même. « Quand mon mari et mon enfant viennent, dit-elle, cela me fait de la peine, mais une fois qu'ils sont partis, je ne sais plus ce qu'ils m'ont dit, il me semble que je ne les ai pas vus. Une fois mon travail fait, il ne me semble pas que c'est moi qui l'aie fait. C'est tout cela qui me fait de la peine. »

Pierre Janet (1) a observé un jeune homme de dix-huit ans qui, déjà psychopathe depuis l'âge de sept ans, vit, vers onze ans, se préciser les troubles mentaux qu'il présente.

« A cet âge, il s'est aperçu que *les objets du monde extérieur se transformaient graduellement. Ils devenaient singuliers, étranges, en tous cas différents de ce qu'ils étaient autrefois.* Au début, les objets anciennement connus restaient à peu près les mêmes, seuls les objets nouveaux présentaient ce caractère d'étrangeté. J'ai souvent insisté sur cette difficulté plus grande de la perception des objets nouveaux. Peu à peu, le trouble s'est étendu à tous les objets sans distinction ; le malade a beaucoup de peine à nous faire comprendre ce qu'il appelle l'étrangeté des objets. « Si nous voyons un cyclope devant nous, dit-il, nous sommes surpris de lui voir un seul œil au milieu du front, parce que ce n'est pas l'habitude de voir les hommes ainsi faits. Eh bien, tous les objets étaient pour moi comme des cyclopes : ils n'étaient pas de la même façon que les objets habituels... c'est bien cela, j'avais perdu l'habitude, le sentiment que les objets étaient habituels... » D'ordinaire, ce sentiment d'étrangeté se

(1) P. Janet. Le subconscient, *Scientia*, loc. cit..

complique d'autres sentiments d'irréalité et de rêve. Le malade ne semble pas avoir été jusque-là, parce que, assez rapidement, dans ces dernières années, le sentiment pathologique s'est transformé et que les préoccupations du malade se sont portées sur un autre point. Les objets sont devenus un peu moins bizarres, ou du moins Dr... s'en préoccupe moins; mais c'est lui-même qui est devenu étrange et irréel. Il sent qu'il a perdu toute volonté, toute activité, et il va nous raconter tout cela d'une manière amusante. « Depuis longtemps, je ne veux plus rien: s'il s'agissait de moi, je ne ferais absolument rien du tout, je n'en parlerais même pas. Je ne me remue pas, je ne fais aucun mouvement. Cependant, me direz-vous, vous marchez, puisque vous êtes venu ici ce soir, vous parlez. Cela est vrai, mais je n'y comprends rien. Ce n'est *pas moi qui agis, je me vois agir, je m'apparais à moi-même; je m'entends parler, c'est un autre qui parle*, une machine qui parle à ma place. Je suis un pantin, un canard de Vaucanson, je suis surpris moi-même de la précision de l'automate. » Il soutient aussi qu'il n'a plus aucune sensibilité, qu'il ne s'émeut absolument de rien. Et cependant, il souffre si on le pince, et vous pouvez constater avec moi que toutes les sensibilités sans exception sont conservées d'une manière parfaite.

Le même auteur nous fait connaître « une observation tout à fait identique à celle-ci, qui a été publiée par Ball, en 1882. Comme chez Dr..., les troubles avaient commencé par « *un sentiment d'étrangeté et d'irréalité du monde extérieur et avaient amené, quelques années après, le sentiment de la disparition du moi* ».

De ce curieux phénomène psychologique que nous venons de décrire, les philosophes ont donné diverses explications philosophiques que M. E.-B. Leroy expose, commente et réfute,... pour s'abstenir après d'en donner une lui-même, ce qui est peut-être en effet la meilleure manière « d'apporter, non pas la solution définitive du problème, mais quelques éclaircissements... (1) ».

(1) E.-B. Leroy. *Loc. cit.*

Nous n'avons pas la prétention de juger le débat. Nous ne pensons pas que notre observation répande sur le sujet les lumières de la vérité. Peut-être est-elle susceptible d'éclaircir certains points. En tout cas, elle sera le point de départ de nouvelles hypothèses, et cela lui confère droit de cité en matière philosophique.

Essayons d'établir où en est le problème. A cette fin, nous rappellerons les trois théories de Taine et Kris-haber, de Dugas, de Raymond et Janet. Nous écouterons les critiques de M. E.-B. Leroy, que nous ferons suivre de quelques réflexions personnelles, en montrant par quel chemin nous y avons été conduit.

« Le symptôme visible est une *perversion des sensations proprement dites*, rien de plus ; cette perversion n'atteint pas le jugement, la raison... », écrit Taine ; plus loin, il ajoute : « Les sensations nouvelles ne trouvent plus de série antérieure où elles puissent s'emboîter ; le malade ne peut plus les interpréter, s'en servir. »

Selon M. E.-B. Leroy, cette explication est difficilement acceptable. « Le mot perversion, dit-il, est pris ici dans le sens un peu vague de quelque changement inexprimable, mais profond et portant sur les sensations considérées séparément. Le malade se trouverait assailli de sensations nouvelles, jamais éprouvées, qui seraient en somme pour lui un peu ce que sont les sensations visuelles pour un aveugle-né opéré de la cataracte. Mais cette hypothèse ne s'accorde guère avec le langage et l'attitude des malades. Rien ne nous permet de supposer que pour eux 435 vibrations ne produisent plus la sensation de La₃, que la neige ne soit plus blanche, l'herbe verte, et un drapeau français, bleu, blanc et rouge. On ne comprend guère comment ces sensations de nouvelle espèce, jamais éprouvées auparavant, pourraient évoquer des images anciennes, prendre

place dans des systèmes antérieurement fermés et déterminer des mouvements coordonnés. »

Dugas (1) étudiant, en 1894, les cas qui nous occupent, les groupait sous le titre de « fausse mémoire » et résumait ainsi son opinion, que M. E.-B. Leroy considère, avec raison, comme analogue à celle exprimée déjà par Ribot en 1885 : « Le sujet atteint de fausse mémoire *a conscience de devenir autre*, écrit M. Dugas, *se sent rester le même en devenant deux* ; c'est bien là ce qu'éprouverait une personne qui se dédouble, si au lieu d'apercevoir, comme il arrive d'ordinaire, le *dédoublement opéré*, elle le percevait *au moment où il s'opère*. » — « Cette impression de dédoublement n'a que de lointains rapports avec ce qu'on est convenu d'appeler le dédoublement de la personnalité, riposte M. Leroy (2). Dans ce dernier cas, les deux personnalités sont distinctes l'une de l'autre et ne se reconnaissent que par leurs effets. Quant aux pensées et aux sentiments de la seconde personnalité, ajoute-t-il (si tant est que l'on doive accorder à cette personnalité hypothétique une conscience réelle), on ne voit pas comment, sans contradiction, on pourrait supposer que la première en prit connaissance. »

L'opinion de MM. Raymond et Janet ne semble pas plus acceptable à l'auteur que nous venons de citer et citons encore : « MM. Raymond et Janet, écrit-il, admettent un trouble portant également sur la personnalité, mais assez différent. Ce serait, semble-t-il, sinon une dissolution complète de cette personnalité, du moins un commencement de désagrégation, sans cette formation d'un système psychologique indépendant et automatique qui caractérise essentiellement les faits de

(1) Sur la fausse mémoire. *Revue philosophique*, 1894.

(2) Sur l'illusion dite « dépersonnalisation ». *Revue philosophique*, 1898, p. 159.

dédoublément. Le fait capital pour eux est ce qu'ils appellent « perte du sentiment de la personnalité » ; et ce fait résulterait d'après eux d'un trouble portant « d'une manière spéciale sur une fonction particulière évidemment mal connue qui réunit les éléments de la pensée et construit les éléments de la personnalité.

« Cette hypothèse est quelque peu vague, flottante, dépourvue de précision. On souhaiterait notamment que MM. Raymond et Janet eussent précisé davantage ce qu'ils entendent par *sentiment de la personnalité*. Est-ce la réflexion volontaire et passagère, à laquelle nous nous livrons de temps en temps lorsque nous rentrons en nous-mêmes ? Cette interprétation semblerait justifiée par le passage suivant : « Un des faits les plus frappants chez ces malades..., c'est que tout trouble disparaît dans la distraction. Tous les phénomènes sont corrects lorsque les malades ne cherchent pas à s'en rendre compte, quand ils ne veulent pas s'analyser, quand ils ne cherchent pas à rattacher ces phénomènes à leur conscience personnelle. » Est-ce, au contraire, cet état cénesthésique habituel et permanent dû à la réunion, à l'association et à la fusion partielle des sensations actuelles avec des images antérieurement accumulées, hypothèse qui s'accorderait assez bien avec cet autre passage de nos deux auteurs ? « Ces cas nous paraissent mettre en évidence l'importance d'une opération spéciale dans la formation de la personnalité, une synthèse mentale un peu particulière, qui, à chaque moment de la vie, réunit les phénomènes psychologiques nouveaux à la notion de la personne, notion ancienne déjà formée par la réunion des innombrables phénomènes précédents ? »

« Ces deux interprétations sont évidemment incompatibles, puisque, selon l'une, il s'agirait d'une opération se produisant « à chaque moment de la vie », d'un état

permanent en somme, alors que, selon l'autre, il semble que ce soit une opération ne pouvant se produire que dans l'état d'attention volontaire. »

Avant d'entrer au cœur de la discussion, et pour déplacer quelques instants celle-ci, afin de l'éclaircir si possible, nous croyons utile ou tout au moins intéressant de rapprocher, dans une vue d'ensemble, certains faits qui peuvent, au premier abord, sembler disparates, mais dont la comparaison fera, espérons-nous, germer tout naturellement, dans l'esprit du lecteur, l'idée même que nous voulons mettre en relief.

Explorant le domaine de la clinique pure, nous remarquerons tout d'abord l'analogie des symptômes précurseurs de l'attaque, — qu'il s'agisse d'épilepsie essentielle ou d'épilepsie jacksonienne, — et de ce que l'on a convenu d'appeler « équivalents psychiques ». Les premiers sont trop connus pour que nous insistions : sensitive, sensorielle, motrice ou psychique, l'aura revêt des aspects que l'on retrouve calqués ou amplifiés en durée dans les crises convulsives. Nous nous sommes suffisamment étendus sur les seconds, au début de cette étude ; il s'agit là de faits d'observation courante ; soulignons seulement ici les phénomènes hallucinatoires, visions de feu, de scènes tragiques, spectres, objets gigantesques, sensation de brouillard répandu sur le paysage, rappelons ces réminiscences brusques, ces angoisses sans objet, cette obnubilation passagère de la conscience ; rapprochons-en la description que donne Rolland de l'état post-paroxysmal. Notons les « vertiges » et les « absences » du petit mal, l'obnubilation crépusculaire (Régis) qui les suit, la confusion mentale hallucinatoire, le « véritable somnambulisme », ou encore « l'état second » (Régis) qui les remplace quelquefois.

Nous nous trouvons ainsi amenés à remarquer que

tous ces symptômes peuvent s'observer dans une névrose voisine : l'hystérie. D'un autre point de vue, sans quitter le terrain clinique, constatons que celle-là même des affections générales qui s'accompagne le plus fréquemment de crises convulsives, l'urémie, met le plus souvent sa coquetterie à réaliser la succession de tous ces états, et que le délire onirique y montre parfois, ainsi que nous avons pu le constater, le phénomène *autoscopie*, tout comme l'on voit dans certains états fébriles surgir un phénomène analogue par lequel le sujet projette sur autrui ses propres sensations.

L'hallucination autoscopique a été rencontrée par Sollier (1) chez des hystériques et des morphinomanes. Raymond (2) l'a observée comme phénomène d'aura. Une femme de trente ans se figure être une personne qu'elle contemple; elle a peur qu'il n'arrive à cette personne un grave accident. Par exemple, de ses fenêtres elle regarde un omnibus qui passe dans la rue, elle s'imagine qu'elle veut monter sur l'impériale. Elle sent qu'elle a de la peine à faire l'ascension, que les cahots de la voiture lui font perdre l'équilibre, elle prévoit qu'un malheur va arriver, qu'elle va tomber de la voiture; et, en effet, elle tombe, mais simplement dans sa chambre.

Pailhas (3) en a rapporté divers cas (qu'il étiquette « dédoublement » de la personnalité) : les premiers chez des malades fébriles présentant des affections cutanées (érysipèle, phlegmons); les autres chez des sujets victimes de graves hémorragies. Tantôt il s'agit d'autoscopie totale, tantôt on observe seulement une vision partielle du corps, celle où, généralement, siège le mal.

(1) *Les phénomènes d'autoscopie*, Alcan, 1903.

(2) *Loc. cit.*

(3) Cité par Bergès. *Thèse*, Toulouse, 1910.

Dans le phénomène de projection de soi auquel nous avons fait allusion se retrouvent parfois ces caractères de segmentation, de limitation et de localisation.

Au cours d'un délire typhoïdique, une malade de Janet (1) disait : « Songez donc à mon pauvre mari, qui a si mal à la tête ; regardez mes enfants qui souffrent tant du ventre : on leur enlève le ventre. » Raymond (2) cite un épileptique qui, au début de ses attaques, regardant un ami, lui dit : « Oh ! comme tu deviens pâle ! Mais tu es blême, tu vas tomber ! » Et, à ce moment, c'est lui qui pâlit et tombe. « Dans la névropathie cérébrocardiaque, dit Krishaber (3), peuvent s'observer des étourdissements, un sentiment continu de vertige et d'ivresse avec titubation, résolution des membres ou démarche hésitante, impulsion involontaire à marcher « comme mû par un ressort ». On y rencontre, chez certains sujets, diverses sensations, telles que « *n'avoir plus de poids* ou être très légers ; se trouver loin, très loin des objets et du monde, ou *voir les objets lointains et rapetissés* ». Cette illusion d'éloignement de tout ce qui nous environne, peu de gens l'ignorent. Quiconque a eu une syncope dans sa vie ou seulement une tendance à la lipothymie, garde le souvenir de cette sensation floue, indéfinissable. Elle se rencontre encore, comme d'ailleurs bon nombre des phénomènes susdécrits, dans l'ivresse haschichienne. Pierre Germain (4) analyse avec beaucoup de finesse et de lucidité ces phases crépusculaires où « les images du monde matériel deviennent imprécises », où l'on croit « regarder les choses à travers une lentille concave », où « les bruits et les sons s'éloignent... Lorsque, dans cet état, le sujet se met

(1) *Scientia*, p. 65, *loc. cit.*

(2) *Leçons sur le syst. nerv.*

(3) Cité par Ribot.

(4) *Revue des idées*, 15 juin 1912.

à parler, les mots qu'il prononce revêtent pour lui-même un caractère d'*étrangeté* au sens étymologique. Il s'écoute parler, il lui semble que ce ne soit pas lui, mais un autre qui parle ».

Ainsi divers états morbides peuvent réaliser un ensemble de symptômes susceptibles de se grouper en types voisins, de se succéder suivant un ordre à peu près uniforme, ou apparaître isolément dans un cadre tel que l'analogie s'impose.

Parallèlement, il est un état physiologique où l'on voit se dérouler de la même manière des illusions et hallucinations plus ou moins complexes qui donnent lieu, chez l'individu, aux mêmes jugements, aux mêmes surprises, aux mêmes angoisses : c'est le rêve.

Nous dirions volontiers que cette caractéristique appartient principalement aux rêves de l'endormissement et du réveil plus qu'à ceux du sommeil profond, si la question était tranchée de savoir s'il existe ou non des rêves dans le sommeil profond. L'analogie de certaines hallucinations hypnagogiques et des phénomènes que nous avons étudiés est mise en évidence par quelques citations qui suivent :

« On voit souvent, écrit Vaschide, les images des personnes les plus rapprochées, telles que : amants, fils, etc. Dans d'autres cas, *la personne en mouvement ressemble à l'observateur jusqu'à paraître son sosie.* »

Charcot (1) avait déjà observé que les hystériques voient des hallucinations d'animaux *dont les mouvements partent du côté anesthésié.* « Parfois, écrit Mourly-Vold (2), *les hallucinations comportent un changement de volume des objets.* Les objets deviennent de plus en plus petits ou de plus en plus gros, exemple : une

(1) Cité par Vaschide.

(2) Cité par Vaschide.

araignée remplissant une chambre. Le changement de volume est une apparence très connue, aussi bien dans le sommeil que dans l'état hypnagogique. Sur le point de s'endormir, on voit grand et petit, on voit les objets grandissant ou diminuant, ou bien les objets s'approchent ou s'éloignent. » D'autres fois, on ne voit qu'une partie du corps, par exemple deux membres ou la figure. Tel un cas cité par Baillarger (1) : « Un malade vit une nuit deux bras ronds qui descendirent du toit ; il vit aussi les muscles sur le parquet, faisant des mouvements. » Maury (2) relate qu'une fois, après avoir vu une série de visages grimaçants, et un autre réel souriant, *il vit son propre visage*.

Du groupement, du rapprochement et de la comparaison des faits que nous venons d'exposer jaillit une idée générale qui apparaît comme un caractère commun à tous les états observés : *Ces troubles de la perception naissent dans la conscience obscure, crépusculaire, dans un stade intermédiaire entre la veille normale et le sommeil profond, normal ou pathologique*.

Cette remarque faite, nous allons tenter une explication générale des phénomènes qui nous occupent. Il importe pour cela de s'entendre sur les mots. Or, nous venons d'employer le terme « conscience ».

Au point de vue psychologique, l'acception du terme « conscience » est assez bien déterminée. Physiologiquement, nous l'entendons ainsi : « La conscience n'est pas autre chose que l'expression de modifications somatiques, organiques, de la substance nerveuse (3). » En d'autres termes, le *moi* est un agrégat de perceptions.

Le *moi* et le *non moi* prennent connaissance l'un de

(1) Cité par Vaschide.

(2) Cité par Vaschide.

(3) Rémond. De la conscience. *Revue des idées*, 15 août 1912.

l'autre par des réactions dont le nombre croît en raison directe de la multiplicité des contacts, ceux-ci augmentant parallèlement à la complexité organique des êtres, complexité dont ils sont à la fois la cause et l'effet. Agissant comme cause efficiente et finale, ils ont produit l'instrument merveilleux dont l'apparition marque jusqu'ici le terme ultime des procédés de relation : le langage. Verbe, pensée, sont des termes inséparables. Or, nous voulons étudier la conscience en fonction de la pensée. Aussi, schématiserons-nous les états de conscience dont nous voulons tenter l'analyse en des formules synthétiques tirées de la bouche même des malades.

« Je sens. » — « Je ne sens pas. » — « Je sens autrement. » — Telles sont les trois formules par lesquelles le sujet accusera l'état « eu », l'état « a », les états « hyper », « hypo » ou « para ». Les troubles qui nous occupent sont essentiellement du domaine « para ». Ils marquent une perversion dans l'ensemble des sensations d'un individu, dans ce que nous avons appelé la « conscience de la personnalité ».

Cette perversion peut être plus ou moins profonde. Son degré de morbidité peut se mesurer, au point de vue psychologique, par l'intensité de la désagrégation mentale qu'indique sa traduction verbale. Il nous a paru logique de classer les phénomènes observés suivant un ordre correspondant au degré plus ou moins accusé de cette dissociation des éléments du moi.

Nous trouvons, d'ailleurs, une justification à ce classement dans l'explication psycho-physiologique que nous tentons de donner des phénomènes qui nous occupent.

Cette explication, on le verra, tire en grande partie son essence des récentes données de l'étude du rêve, cette forme physiologique d'activité mentale qui fait

chaque jour sa place plus large au soleil encore pâlot de la sémiologie psychiatrique.

Nous devons aux recherches expérimentales et aux considérations analytiques de divers auteurs (1) bon nombre de connaissances importantes touchant la genèse et le mécanisme des associations automatiques du rêve. Le rôle prépondérant de la mémoire est affirmé par tous; les images visuelles dominant; leur netteté est généralement supérieure à celle des images évoquées à l'état de veille. Non seulement une sensation lumineuse a tendance à se transformer en image, mais il existerait, d'après Mourly Vold, des équivalents visuels des sensations cutanées motrices. En somme, toute excitation cérébrale aurait, dans le sommeil, tendance à déclencher un processus idéatif dont la caractéristique serait le déroulement instantané d'associations visuelles par affinité émotive.

D'autre part, il semble établi que le passage de la veille au sommeil, comme le retour inverse, s'opère, non pas brusquement, mais par une série d'oscillations assez comparables aux lueurs agoniques d'une lampe trop baissée.

Ainsi la conscience claire subirait dans ces périodes une série d'éclipses partielles marquant l'entrée ou la sortie de l'éclipse totale.

Ces considérations nous aident à concevoir, d'une manière assez précise, le phénomène « autoscopie ».

Le « moi » a constamment conscience de lui-même; il est prévenu des changements de sa cénesthésie. Tout en restant lui-même, il varie sans cesse, mais à un moment précis il est *un*, et, envisagé quelque temps plus tard, toujours à quelque degré il est *autre*. Pour qui analyse d'un peu près ses propres sensations, il est

(1) Voir Vaschide. *Le sommeil et les rêves*.

d'expérience courante que, en temps ordinaire, nous nous trouvons moins différent de nous-même, à nous considérer rétrospectivement le soir tel que nous étions le matin, qu'à nous considérer après une bonne nuit de sommeil tel que nous étions la veille au soir.

Supposons, comme cela arrive d'ordinaire en pareil cas, un changement marqué de la cénesthésie d'un sujet. Légèrement obsédé par cette sensation, celui-ci arrive au seuil du sommeil et, dans une de ces oscillations susdécrites, influencé par l'idée obsédante, il a, en tant *qu'image de rêve*, et grâce à l'hypermnésie propre à cet état, la représentation vivace de son « moi » normal. Un instant plus tard, revenant à une conscience plus ou moins nette de la réalité, il se sent tel qu'il était avant de s'endormir. L'alternance des représentations tend à imposer à l'esprit engourdi leur simultanéité jusqu'à ce que le réveil complet ne laisse subsister que la réelle, ou que le sommeil profond engloutisse l'une et l'autre.

Remarquons, une fois pour toutes, que l'engourdissement cérébral propre au sommeil est réalisé par l'action de divers agents : physiques, chimiques, biologiques, et que ses effets sont indépendants de sa cause.

Si le mécanisme de la représentation totale est bien celui que nous invoquons, il s'applique de même manière aux phénomènes d'autoscopie partielle. L'importance, relevée par Vold, des sensations cutanéomotrices dans la genèse de ce genre d'hallucinations, s'affirme ici avec une force plus grande.

Pour expliquer l'apparition du rejet sur autrui des sensations propres au malade, état dont nous avons donné plus haut la description, qui fait dire à la typhique de P. Janet : « Soignez donc mon fils, qui a si mal au ventre », remarquons avec quelle facilité, au seuil du réveil, des sensations actuelles sont attribuées

à un personnage du rêve et réciproquement les souvenirs du rêve appliqués à un sujet présent. Joignons-y la notion du rôle profond de l'émotivité dans la direction de cette forme de vie mentale, et, tenant compte des données du paragraphe précédent, les comparant aux considérations qui suivent, nous concevrons facilement le mécanisme de cette représentation paradoxale.

Le « je sens, mais ce n'est pas moi qui sens », des malades de Krishaber et Janet, traduit un phénomène tout voisin du précédent, auquel il est assez exactement ce qu'est le « je *me sens* double » bien décrit par Sollier, ou « je *me vois* double » que nous avons d'abord envisagé. La représentation visuelle manque ; là est toute la différence. Son absence indique un automatisme moins accentué des centres imaginatifs, une lucidité plus grande chez le sujet.

Nous voici enfin revenus au cas du malade qui a fait le sujet de cette étude. « Je vois, oui, je sens, mais je ne suis plus comme autrefois », dit-il ; « ce n'est guère réel ce que je dis ; il me semble que ce n'est pas moi qui parle. » La malade de Leroy, les sujets de Krishaber, de Janet, s'expriment d'une manière analogue : « je ne vois pas, je n'existe pas, je suis un autre », telles sont les variantes communes.

A quelle explication psychologique du phénomène nous rattacherons-nous ?

Essayons d'analyser les faits. Nous remarquerons tout d'abord chez ces malades l'intégrité de l'intelligence, soulignée par tous les auteurs. La sensation d'étrangeté qu'ils accusent est une preuve nouvelle que les fonctions psychiques supérieures n'ont pas subi de sérieux amoindrissements. D'autre part, la sensation proprement dite n'est pas altérée. Elle est même perçue : les malades sentent, voient, ils le reconnaissent et l'expérimentation le prouve.

On peut affirmer que la perception s'accuse jusqu'aux opérations complexes de la reconnaissance : notre malade, les yeux fermés, savait identifier un objet qu'on lui plaçait dans la main, ciseaux, porte-plume, clef, montre, bague, il ne présentait pas d'astéréognosie.

Avait-il perdu le souvenir des sensations passées ? Pas le moins du monde, sa mémoire est parfaite. Le souvenir des images n'est même pas altéré : ses rêves font revivre à ses yeux des images en tout semblables à celles que la sensation provoquait autrefois à l'état de veille.

Les « séries antérieures » (Taine) sont intactes ; pourquoi les sensations nouvelles ne peuvent-elles plus « s'emboîter » ?

En tant que données sensorielles, elles n'ont pas varié, nous venons de le voir. Alors ? *Elles ne seraient donc pas seulement « données sensorielles » ? Effectivement non : elles sont quelque chose de plus.*

Le moi est une résultante, une « coordination ». Il est la somme de nos sensations cénesthésiques et sensorielles. « Chaque appareil sensoriel dépend, à chaque instant et sous toutes les formes, de la vie organique », a dit Ribot. L'œil qui voit, en effet, n'est pas qu'une rétine : il est un globe ayant une tension, divers milieux et diverses membranes avec leur innervation propre, il a des muscles qui le meuvent, une irrigation variant avec des causes multiples ;... ainsi de chaque sens.

Il y a, normalement, un état de concordance, d'équilibre, entre les sensations cénesthésiques et sensorielles. Que la cénesthésie soit soumise à des motifs de variation qui ne touchent point le domaine sensoriel, l'individu est averti d'un changement qu'il ne s'explique pas. Ses organes de la phonation mis en mouvement lui apporteront une sensation différente de ce qu'elle est habituellement, et il « ne reconnaît plus

sa propre voix ». Les uns diront : « Je sens, je vois, mais cependant je ne suis pas », et se tâteront sur toutes les coutures pour se rendre compte que leur corps n'est point un mythe.

D'autres, ayant une représentation *simultanée* de leur ancien moi, prétendront « ne plus sentir comme antrefois ». Il ne faut pas discuter la possibilité de cette *simultanéité*. La vie courante nous apprend, en effet, que nous pouvons revivre en imagination avec beaucoup de force un état passé, sans que nous perdions conscience de l'état présent; cette intensité peut aller jusqu'à l'hallucination autoscopique, ainsi que l'a montré Monrly Vold. Il suffit pour cela que notre attention se reporte, automatiquement (rêverie) ou par notre volonté, vers l'état passé. Nous oublions pour ainsi dire le présent. Nous en faisons abstraction. Mais, tandis que l'attention s'établit ou qu'elle fuit, il est un stade d'équilibre presque parfait, qu'une disposition particulière de notre esprit peut rendre durable.

D'autres malades, enfin, s'exprimeront ainsi : « Je ne suis plus moi, je suis un autre », et cette conclusion ne sera que la suite des états précédents, dont elle découle logiquement, en tant qu'analyse de lui-même par le cerveau pensant.

Il s'agit bien d'un dédoublement de la personnalité, résultant de la cristallisation d'un *moi* précédent et de sa coexistence avec un *moi* postérieur, celui-ci différant de celui-là en ce qu'une de ses [composantes (cénesthésie) a varié. Effectivement, dans la succession des états que nous venons de décrire, le malade assiste au dédoublement de sa propre personnalité.

Auras, intoxications, infections, équivalents psychiques, nous font assister à la succession de phénomènes voisins. Nous y relevons uniformément une ten-

dance à l'engourdissement des centres psychiques supérieurs, comme dans le sommeil.

Deux facteurs, qui relèvent probablement d'une seule et même cause, paraissent donc nécessaires à l'éclosion des états mentaux que nous avons étudiés : altération de la cénesthésie, légère obnubilation concomitante des centres supérieurs.

Remarquons, en terminant, que notre hypothèse concilie diverses opinions philosophiques. En effet, nous ne sommes pas loin de la conception de Krishaber, puisque nous admettons des perturbations fonctionnelles de la substance nerveuse; nous croyons avec Taine qu'il s'agit d'une perversion des sensations; nous admettons avec Raymond et Janet la possibilité d'un début de désagrégation de la personnalité; enfin, nous pensons avec Dugas que le malade peut assister au dédoublement progressif de cette personnalité.

Bien que nous ayons tenté ailleurs (1) de démontrer qu'une hypothèse qui concilie un grand nombre d'hypothèses différentes présente les « attributs de la vérité », nous ne pensons pas avoir solutionné le problème dans la discussion duquel nous nous sommes permis cette longue incursion.

Nous pensons néanmoins que le développement de certaines des considérations qui précèdent pourrait être utile à la solution cherchée.

(1) R. Sauvage. *Hystérie et phrénopathies. Th. de Toulouse*, 1911.

Médecine légale

UN EXHIBITIONNISTE IMPULSIF

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Par le Dr Georges VERNET

Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher).

Vers la fin de mars et dans les premiers jours d'avril 1914, la police de B... recevait plusieurs plaintes émanant de femmes ou de jeunes filles qui disaient avoir été victimes, dans des conditions à peu près identiques, d'outrages publics à la pudeur : le soir, entre 5 heures et 7 heures, elles avaient fait la rencontre, dans un quartier aux rues peu fréquentées, d'un individu dont elles donnaient toutes le même signalement et qui, arrivé près d'elles, écartait brusquement les pans de la pèlerine à capuchon dont il était revêtu, pour étaler à leurs regards ses organes génitaux préalablement mis à découvert.

A en juger par la multiplicité des plaintes recueillies, les faits devaient se renouveler fréquemment, plusieurs fois dans une même soirée et souvent plusieurs jours de suite.

La police se mit aussitôt à la recherche de « l'homme au capuchon ». Elle le découvrit le 4 avril 1914 en la personne d'un sieur D..., Louis, âgé de trente-quatre ans, ouvrier aux établissements militaires et domicilié, 14, boulevard L..., à B...

Confronté avec les plaignantes, et formellement reconnu par certaines d'entre elles, D..., après quelques velléités de dénégation, avoua qu'il était bien l'auteur des actes obscènes qui lui étaient reprochés. Il en manifesta le plus vif regret et déclara qu'il n'arrivait pas à comprendre « ce qui lui était passé par la tête » pour qu'il ait pu commettre des actes si contraires à son habituelle manière d'être.

Les renseignements recueillis sur D... lui étaient en effet des plus favorables ; des témoignages autorisés le représentaient comme irréprochable jusqu'alors, très rangé et très réservé. Le médecin de la famille le signalait en outre comme taré héréditairement et comme suspect lui-même de troubles cérébraux.

M. le juge d'instruction près le tribunal de première instance de B... estima que, dans ces conditions, un examen mental de D... s'imposait et, par ordonnance en date du 7 avril 1914, voulut bien nous commettre à cet effet.

C'est à la maison d'arrêt de B... où D... est détenu, que, du 7 avril à ce jour, nous avons procédé à cet examen. Et voici le récit que l'inculpé nous a fait des conditions et des circonstances dans lesquelles se sont produits les actes qui lui sont reprochés.

Il y a deux mois environ, à la tombée de la nuit, il urinait contre un mur, dans une rue habituellement déserte. Par hasard, une femme vint à passer, qui le regarda, lui sembla-t-il, avec insistance. L'idée traversa son esprit que cette femme désirait voir ses organes génitaux, et, aussitôt, avant même qu'il ait pu se rendre compte de l'incorrection de son geste, il s'exhiba. Immédiatement il éprouva une sensation toute particulière de contentement, de satisfaction, sensation très éphémère, mais très vive, qu'il ne saurait comparer à

aucune autre et qui est, en tous cas, bien différente de la jouissance sexuelle qu'il ressent dans le coït.

Et, de ce jour, il fut perdu. Désormais, le souvenir de cette exhibition ne le quitta plus et l'idée l'obséda de rechercher à nouveau les occasions d'un plaisir aussi rare. Il avait beau lutter, se raisonner, se maudire, s'exhorter à réagir. Rien n'y faisait, « c'était plus fort que lui ». Pendant toute la durée de son travail il ne songeait qu'au moment où il serait libre pour satisfaire son désir, et, 5 heures à peine sonnées, il partait seul, il errait dans les rues désertes, déculotté sous son manteau, en quête d'une femme aux regards de laquelle il pût proposer ses organes génitaux.

Quand l'occasion recherchée se présentait, le combat intérieur recommençait; il essayait encore et jusqu'au dernier moment de se raisonner, de se contenir, ses deux bras se raidissaient pour résister à la « poussée » qu'il sentait en lui. Mais, le plus souvent, la tentation était la plus forte, et, quand la femme était proche, les deux bras tendus écartaient les pans de la pèlerine. Il s'exhibait.

S'il avait été vu ou s'il avait du moins la conviction d'avoir été vu, il éprouvait un soulagement, une détente. Dans le cas contraire, rien : c'était à recommencer.

Et il allait ainsi, par les rues, se livrant successivement à plusieurs exhibitions dans la même soirée, jusqu'à ce que, son désir assouvi, il rentrât chez lui, bourrelé de remords, mais calme jusqu'au lendemain.

Pendant l'exhibition, il ne se livrait à aucune manœuvre lubrique, il n'entrait pas en érection, il n'éjaculait jamais. Le plus souvent il ne prononçait aucune parole, ou seulement quelques mots pour attirer l'attention : « Tiens, regarde ça, vois donc ça », et ne répondait jamais aux injures qui lui étaient adressées.

Il ne choisissait pas ses sujets; toute femme lui était

bonne, jeune ou vieille, laide ou jolie, vulgaire ou distinguée; il lui suffisait que ce fût une femme et qu'elle fût seule.

Il ne cherchait nullement à la séduire, ni à l'attirer, ni à lui faire désirer des relations intimes; il se tenait toujours à distance et ne formellement s'être livré au moindre attouchement.

Aussi bien avant que pendant et qu'après l'exhibition, il avait parfaitement conscience de l'immoralité de son acte, il comprenait qu'en cédant à son impulsion il accomplissait une action honteuse, il n'ignorait pas le danger qu'il courait et les sanctions auxquelles il s'exposait. Mais aucune considération n'était assez forte pour l'arrêter.

L'obsession ne disparaissait jamais d'une façon complète; plus faible certains jours, elle se faisait, à d'autres, plus tyrannique. Il lui arrivait quelquefois de rester deux ou trois jours sans exhiber; il se prenait alors à espérer et se croyait débarrassé à jamais de sa vilaine manie; mais bientôt l'obsession reparait aussi impérieuse et, une fois de plus, il y cédait.

Il n'avait confié à personne, pas même à sa femme pour laquelle il éprouve la plus vive affection, ce honteux secret. D'ailleurs, dans son entourage, dans son quartier, personne ne l'eût soupçonné de pareilles habitudes, car jamais il ne s'exhibait à son domicile, soit à sa fenêtre devant des passants, soit dans son jardin devant des voisins.

Aussi n'en éprouve-t-il que plus de honte, maintenant que tout est dévoilé. Que vont penser de lui tous ceux qui le connaissaient et le tenaient pour un honnête homme! Que dira sa femme maintenant qu'elle sait! Et son enfant, plus tard, quand elle saura!

Louis D... est âgé de trente-quatre ans, étant né à

B..., le 9 septembre 1879. Après avoir reçu à l'école primaire une instruction élémentaire, il entra comme apprenti typographe dans un journal local, jusqu'au moment de son service militaire, qu'il fit dans un régiment de tirailleurs algériens. Retour d'Afrique, il fut employé à la direction des Postes du Cher comme « ouvrier des lignes » pendant environ deux ans, puis il entra, en qualité de manœuvre, aux établissements militaires, où il se trouvait encore lorsqu'il commit les délits qui lui sont reprochés.

D... a toujours eu une santé délicate. Il a, en outre, contracté les fièvres paludéennes à Tizi-Ouzou et dut rester trois mois en traitement à l'hôpital militaire (1902). Le 20 mai 1908, il fut victime d'un grave accident : alors qu'il était à bicyclette, il fut renversé par un break militaire, piétiné par les chevaux et fortement contusionné sur diverses parties du corps. En juin 1912, enfin, il fut soigné par M. le D^r P... (de B...) pour une affection de poitrine, avec amaigrissement, d'origine bacillaire probable.

D... nie tout excès alcoolique. Au point de vue génital, il déclare avoir pratiqué copieusement l'onanisme entre douze et seize ans. A cet âge, il connut la femme et abandonna ses habitudes solitaires. Timide, peu entreprenant, il n'eut jamais de maîtresses et ne fréquenta que les maisons publiques. Marié à vingt-sept ans, il ne trompa jamais sa femme et n'eut avec elle que des rapports normaux en la forme et modérés comme fréquence.

Dans les antécédents héréditaires de D... nous relevons les faits suivants :

Son père, originaire de Saint-D... (Cher), fut réformé, en 1871, pour une « carie scrofuleuse » du tiers inférieur du radius. A soixante-huit ans, en mars 1912, très affecté par une grave maladie d'yeux dont il était

atteint, il devint « neurasthénique » et se donna la mort en se pendant dans un grenier.

D... père s'était marié trois fois. Sa première femme, la mère de l'inculpé, mourut à trente ans, des suites de ses couches.

D'un deuxième lit, naquirent deux filles mortes l'une et l'autre de tuberculose méningée, et un fils, actuellement âgé de trente et un ans et demi et bien portant.

Le troisième mariage fut stérile.

D... (Louis) s'est marié lui-même à vingt-sept ans, le 21 avril 1906. Il a eu deux enfants : un *garçon*, mort en 1907, à l'âge de sept mois, d'une méningite, et une *filles*, actuellement âgée de cinq ans, bien portante.

Physiquement, D... est de taille élevée, maigre, assez fortement voûté. Il présente une cyphose dorsale (inflexion de la colonne vertébrale) assez accusée et de nombreuses anomalies morphologiques : asymétrie cranio-faciale, asymétrie de forme et d'implantation des oreilles, prognathisme du maxillaire supérieur, léger strabisme divergent. Notons, en outre, un tic de la face.

Ses organes génitaux sont de volume moyen et normalement conformés.

Les renseignements recueillis sur D... sont loin de lui être défavorables. Il n'a laissé que de bons souvenirs dans les divers emplois qu'il a occupés. Dans son quartier, il jouissait de l'estime générale. Sa femme le donne comme un mari modèle, très sobre, très rangé, ne sortant jamais que pour aller à son travail. Il n'a pas encouru de punitions pendant son service militaire. Son casier judiciaire ne fait mention d'aucune condamnation.

*
* *

Le cas de D..., tel qu'il ressort de l'exposé qui précède : *homme par ailleurs irréprochable, se disant poussé impérieusement à accomplir des actes qui le révoltent*

lui-même, le cas de D... relève bien évidemment de la pathologie mentale, qui le réclame comme un exemple typique d'*exhibitionnisme impulsif* chez un dégénéré.

Cette variété d'exhibitionnisme, bien distincte de celle que l'on rencontre si fréquemment chez les paralytiques généraux, chez les déments séniles, chez les épileptiques, a été décrite pour la première fois, en 1877, par le professeur Lasègue, dans un mémoire resté classique et qu'on nous permettra — tant il éclaire l'espèce qui nous occupe — de résumer :

« Le premier cas qu'il m'ait été donné d'observer, dit ce savant aliéniste, m'avait laissé une vive impression. Il s'agissait d'un jeune homme (moins de trente ans) appartenant à une famille honorable, jouissant lui-même d'une situation enviée comme secrétaire d'un personnage politique de cette époque. Il était distingué d'esprit et de formes, et son éducation le rattachait au meilleur monde.

« L'autorité avait été informée, par des plaintes multiples, d'un scandale qui se renouvelait dans les églises, toujours vers la tombée de la nuit. Un jeune homme, dont on donnait le signalement, se présentait subitement devant une femme en prière dans l'église, alors peu fréquentée; il étalait ses organes génitaux sans prononcer une parole, et disparaissait dans l'ombre après une courte apparition.

« La surveillance était difficile, à cause du nombre des endroits où elle devait s'exercer. Un soir, cependant, cet étrange fantaisiste fut arrêté à Saint-Roch, au moment où il se livrait à son exercice périodique devant une vieille religieuse, qui poussa un cri et éveilla l'attention du gardien. Le délit était si singulier que le parquet demanda un examen médical. J'eus avec le prévenu de longs entretiens, dont je ne pus dégager que quelques indices. L'impulsion était invincible, elle se

reproduisait périodiquement aux mêmes heures, jamais dans la matinée ; elle était précédée d'une anxiété qu'il attribuait à une sorte de résistance intérieure. L'enquête, poursuivie avec une sollicitude convenable, ne fournit que des documents négatifs. Tout était irréprochable, sauf les faits qui avaient motivé l'arrestation.

« J'étais alors moins expérimenté et, devant l'absence de toute conception délirante, de toute perversion intellectuelle ou nerveuse, je dus m'incliner et déclarer qu'il n'y avait pas lieu d'admettre l'irresponsabilité. »

L'expérience vint rapidement à Lasègue et se chargea de modifier sa manière de voir. A l'Infirmerie spéciale du Dépôt, dont il était le médecin, d'autres cas qu'on eût dit calqués sur le premier se présentèrent successivement à son observation. La façon de procéder était toujours la même : « Un individu, presque toujours, sinon toujours un homme, est arrêté pour outrage public à la pudeur. Il a fait montre de ses organes génitaux, non pas au hasard, devant les passants quels qu'ils soient, mais aux mêmes endroits, en regard des mêmes personnes, car, le plus ordinairement, le manège s'est répété nombre de fois avant qu'il ait donné lieu à une plainte, motivé la surveillance et amené l'arrestation... » (Lasègue.) « La première pensée qui se présente à l'esprit est qu'il s'agit d'un homme vicieux ayant épuisé les débauches et réduit aux dernières ressources des excitations impuissantes. Il n'en est rien. L'enquête prouve, en effet, surabondamment, que le prévenu a les antécédents les plus honorables ; qu'il n'était pas forcément aux limites de la virilité ; sa situation d'argent, son indépendance de tout lien, lui permettaient et lui rendaient faciles les satisfactions autorisées.

« On a donc affaire à un acte délirant, qui porte l'empreinte des états pathologiques : « L'instantanéité, « la périodicité, son non-sens reconnu par le malade,

« l'absence d'antécédents génésiques, l'indifférence aux conséquences qui en résulteront, la limitation de l'appétit à une exhibition qui n'est jamais le point de départ de lubriques aventures, toutes ces données imposent la croyance à la maladie. » (Lasègue.)

Cette étrange maladie, dont il rapporte plusieurs exemples, Lasègue la désigna d'un nom pittoresque : *l'exhibitionnisme*, et lui assigna les caractères objectifs suivants : « Exhibition à distance ; pas de manœuvres lubriques ; pas de tentatives pour entrer en relations plus intimes ; retour du même instinct au même lieu et ordinairement aux mêmes heures ; pas un acte répréhensible au point de vue génital en dehors de cette manifestation monotone. »

L'observation ultérieure n'a fait que confirmer, en la complétant, la conception de Lasègue. Elle a mis particulièrement en relief le fait resté d'abord inaperçu que cette obsession impulsive si spéciale se développait toujours sur un terrain héréditairement prédisposé, qu'elle n'était que l'une des manifestations d'un état de déséquilibre originelle et qu'elle devait prendre place à côté de ces perversions sexuelles obsédantes et impulsives, si variées dans leur physionomie ou leur forme : uranisme, sadisme, fétichisme, sadi-fétichisme, masochisme, etc... qui constituent les stigmates les plus nets de la dégénérescence mentale.

Toutes ces notions, aujourd'hui mises hors de conteste, nous paraissent s'appliquer très exactement au cas de D... Qu'on veuille bien se rappeler en effet ses caractéristiques principales :

Jusqu'au moment où, très fortuitement, lui fut révélée la jouissance spéciale qui s'attache, pour certains, à l'exhibition, conduite parfaitement régulière ;

A dater de ce jour, obsession presque constante, résistance désespérée, mais vaine, à l'impulsion ;

Dans l'acte même, fixité de l'heure et du lieu (D... opérait presque toujours dans le même quartier; il ne s'en écartait que lorsqu'il ne trouvait pas assez tôt l'occasion recherchée); pas de manœuvres lubriques; pas de tentatives d'attouchement (D... a toujours nié énergiquement, alors qu'il reconnaît tout ce dont on l'accuse, la seule tentative de ce genre qui lui soit reprochée); anxiété concomitante, détente consécutive;

Hors ça, vie publique et privée irréprochable, relations conjugales à ce point correctes que sa femme a toujours ignoré l'obsession dont il était atteint.

Par contre, *nombreux stigmates de dégénérescence*: cyphose, asymétries diverses, prognathisme, strabisme, tic de la face;

Tare héréditaire: père suicidé en proie à des troubles mentaux; accidents méningitiques répétés parmi les proches;

Dossier pathologique personnel très chargé: paludisme, traumatisme grave, suspicion de tuberculose.

C'en est assez, croyons-nous, pour nous autoriser à reconnaître en D... l'exhibitionniste impulsif tel que l'a décrit Lasègue et le dégénéré héréditaire tel que le conçoit l'école aliéniste moderne.

*
*
*

Si D..., ainsi défini, nous apparaît, non comme un vicieux, mais comme un malade, quelle attitude prendre et quelle conduite tenir à son égard?

Il nous paraît tout d'abord hors de doute que D... ne saurait être actuellement recherché pour des actes dont le caractère morbide est avéré et qui relèvent exclusivement d'une perversion délirante du sens génital.

Mais, s'il doit échapper de ce fait à toute sanction pénale, il nous paraît non moins certain que la société, pour laquelle il constitue un danger, doit prendre à son

égard, pour le présent et pour l'avenir, des garanties.

Pour le présent, la seule garantie efficace, en l'état de nos institutions d'assistance, ne peut être que l'internement dans un asile d'aliénés. De prime abord, la mesure peut sembler inadéquante, appliquée à un individu dont l'intelligence apparaît indemne, et de fait, mieux vaudrait pouvoir grouper en des établissements spéciaux, qui tiendraient le milieu entre la prison et l'asile et où les efforts des médecins tendraient à améliorer leur état moral, tous ces anormaux sexuels, tous ces infirmes de la volonté qui se mêlent dans nos asiles aux déficients ou aux blessés de l'intelligence. Par malheur, les établissements de ce genre n'existent encore qu'à l'état de projet, et, à leur défaut, il n'est jusqu'à ce jour pour protéger la société contre les impulsifs délinquants ou criminels que les seuls asiles d'aliénés. C'est là, faute de mieux, qu'à notre avis, D... devrait être placé.

Solution du moment. Car d'ores et déjà l'on peut prévoir que la séquestration de D... ne saurait être définitive : il est vraisemblable d'admettre que l'accès d'exhibitionnisme dont il est actuellement atteint, accès à début brusque et de date récente, s'atténuera et disparaîtra sous l'influence de l'isolement réalisé à l'asile. D... alors sera rendu à la liberté.

Sa situation toutefois — et il ne sera pas inutile de le lui signaler — deviendrait toute différente, au cas, toujours à craindre, de récurrence. Instruit par l'expérience et éclairé sur la nature de son mal, D... serait dorénavant sans excuse s'il ne prenait pas contre lui-même les mesures que comporte son état. Quiconque, en effet, a conscience d'être, même involontairement, un danger pour autrui, est obligatoirement tenu à des précautions spéciales. Si D... ne peut prendre ces précautions à l'aide des moyens dont il dispose, l'asile lui

reste ouvert, qui se chargera de le garder contre lui-même. Il sera libre certes de ne pas y recourir ; mais, s'il n'y a pas recours, ce sera cette fois sous sa responsabilité. Il nous paraîtrait bon que, dès maintenant, et comme garantie pour l'avenir, on ne le lui laissât pas ignorer.

CONCLUSIONS

1° D... (Louis) est un dégénéré héréditaire atteint d'exhibitionnisme impulsif ;

2° Il avait conscience du caractère délictueux de ses exhibitions ; mais il y était poussé par une obsession malade tellement impérieuse qu'elle annihilait sa volonté ; il n'est donc pas responsable des actes qui lui sont reprochés ;

3° Il constitue un danger pour la morale et pour l'ordre publics : il doit être interné dans un asile d'aliénés.

Fait à Bourges, le 4 mai 1914.

Conformément à ces conclusions, D... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut interné à l'asile d'aliénés de B... Il s'y conduisit régulièrement et fut rendu à la liberté, d'abord à titre d'essai pendant trois mois, puis définitivement.

Il est venu spontanément nous voir à deux reprises depuis lors et il nous a déclaré n'avoir plus éprouvé ni obsession, ni impulsion d'aucune sorte.

Il nous a renouvelé la promesse qu'il nous a faite d'avoir recours à nos conseils dès les premiers indices d'une récidive.

Tiendra-t-il sa promesse ? Un avenir sans doute prochain nous mettra à même d'en juger.

Établissements d'aliénés

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS EN FRANCE

AU XVIII^e SIÈCLE

D'APRÈS DES DOCUMENTS INÉDITS

PAR LES DOCTEURS

Paul SÉRIEUX et Lucien LIBERT

Médecin des asiles de la Seine. Médecin adjoint des asiles.

Suite et fin (1).

RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS.

Nous nous sommes proposés de révéler un certain nombre de faits restés dans l'ombre, nous attachant aux documents originaux, aux références vérifiables, aux papiers authentiques, exhumés des archives de la Lientenance de police de Paris et des Généralités de province où, depuis près de deux siècles, ils demeureraient ensevelis.

L'étude que nous venons de faire du régime des aliénés avant 1789 a montré l'erreur totale, disons mieux, l'aveuglement non seulement des publicistes et des historiens, mais encore de la plupart des médecins aliénistes. Si la vérité n'avait à triompher que

(1) Voir les *Annales* de juillet et d'août-septembre 1914, de juillet-août, de septembre-octobre et de novembre-décembre 1915.

de l'ignorance de certains écrivains et de la crédulité des lecteurs, sa tâche serait moins rude, encore que toujours, « l'impulsion automatique... des ignorants exalte leur époque par-dessus toute autre parce qu'ils ne connaissent point les époques antérieures et parce que celle-ci a la supériorité de les avoir produits au jour » (P. Souday). Mais la vérité a encore contre elle les passions des hommes. Et voilà pourquoi, le régime des aliénés au XVIII^e siècle, nos contemporains ont sur lui des notions moins exactes que sur les mœurs des Égyptiens d'il y a six mille ans. Comme on ne savait rien — ou presque — de ce qui existait sous l'Ancien régime, au point de vue des modes de placement et de sortie, ainsi que des garanties de la liberté individuelle, on affirmait qu'il n'y avait rien, que l'arbitraire. Les auteurs qui ont traité du régime des aliénés avant la Révolution ont tous, sans aucun souci de la documentation, propagé des erreurs manifestes. En 1837, au cours de la discussion de la loi sur les aliénés, le ministre déclare : « la législation antérieure à 1789 est muette. » Dans un rapport au Sénat, on peut lire : « en droit, sinon en fait, la loi des 14-26 mars 1790 a marqué pour l'aliéné la fin du régime des cachots et sa mise en traitement dans une maison de santé ». Un député, dans son projet de loi sur les aliénés, affirme que « l'Europe de l'ancien régime les considérait [les aliénés] comme possédés du démon et les traitait comme des malfaiteurs, c'est-à-dire comme des bêtes. La Révolution, ici encore, proclama la vérité : les aliénés sont des malades ». Un aliéniste éminent écrit : « Jusqu'en 1797, la législation reste muette », et n'insiste pas davantage sur la condition des aliénés sous l'ancien régime.

Un autre... mais à quoi bon insister. Vingt autres auteurs, aussi peu informés, pourraient faire ici l'objet

d'une énumération fastidieuse, vingt autres, dont plusieurs au surplus négligeables, et de qui le sonci de l'exactitude ne se révèle que par leur application à copier leurs devanciers fidèlement.

A la lumière des faits, le régime des aliénés avant 1789 apparaît singulièrement différent de ce qu'imaginent ceux que séduit le prestige d'idées nettes, mais fausses, d'antithèses saisissantes, mais fallacieuses infiniment. Le mirage des préjugés et des fabulations s'évanouit.

Le régime des aliénés, qu'on affirme l'œuvre de la civilisation contemporaine, c'est, en réalité, le XVIII^e siècle qui, le premier, l'a organisé, avec des règles précises et des garanties réelles. Cette organisation, elle s'est effondrée en même temps que l'ancien régime, et il a fallu attendre un demi-siècle pour la voir restaurée. Quant aux aliénés, toujours, à cette époque, on les a tenus pour des malades, et des malades curables ; nous en avons administré les preuves. Il n'est aucune de nos affirmations qui ne soit établie sur des documents innombrables dont on n'a pu citer ici qu'une faible partie (1).

En réalité, on retrouve dans la procédure de l'Ancien régime les principales dispositions de la loi de 1838. Nous confronterons ici les règles communes aux deux époques, non sans dire un mot des différences. On en tirera, croyons-nous, cette conclusion que les analogies

(1) Ce qui donne aux textes reproduits par nous une importance décisive, c'est qu'il ne s'agit pas, comme pour telle circulaire ministérielle contemporaine, reproduite par la presse, de donner satisfaction à une opinion publique parfois mal informée. Ces documents sont destinés à rester secrets. Et leur caractère confidentiel a été si bien respecté que la plupart apparaissent aujourd'hui à la lumière pour la première fois. Ajoutons que les documents que nous avons reproduits n'ont fait l'objet d'aucune « sélection ».

de l'ancienne procédure et de la législation actuelle s'imposent avec une évidence invincible (1).

Comme aujourd'hui, on trouve, au XVIII^e siècle, le placement fait sur la demande des particuliers, qui correspond à notre *placement volontaire*, et le placement fait sur l'initiative de l'autorité publique, qui correspond à notre *placement d'office*.

Le placement fait sur la demande des particuliers était réglé par la procédure suivante : placet motivé des parents qui sollicitent l'internement, — contrôle des faits allégués dans le placet par l'autorité administrative, — rapport du lieutenant de police, ou de l'intendant, au ministre, — lettre de cachet signée du roi et contresignée du ministre.

Alors qu'aujourd'hui la demande d'internement n'est signée que d'une seule personne, parente ou non de l'intéressé, le placet de l'ancien régime doit être signé du père et de la mère, ou, s'ils sont morts, par tous les parents, tant paternels que maternels, réunis en assemblée de famille. On réclame pour plus de sûreté la signature des habitants les plus notables du lieu, ou du principal locataire de la maison, ou des voisins. Par exemple, le placet demandant l'internement d'un particulier à la Charité de Senlis est signé par la mère, le frère, la sœur et le cousin germain du malade. Il est de plus contresigné par le propriétaire, le principal locataire, des amis et voisins.

On tient grand compte de la qualité des parents ou

(1) Nous laissons de côté, pour les étudier ultérieurement, les nombreuses analogies entre le régime médical des meilleurs établissements du XVIII^e siècle et celui de nos asiles modernes : organisation du service médical (visite et contre-visite), classement méthodique des aliénés (quartiers de sûreté, de demi-liberté, de liberté), traitement médicamenteux, traitement moral, surveillance continue, balnéothérapie, open-door (côté de bonne volonté, liberté de la campagne), distractions, etc.

alliés signataires du placet. Représentent-ils tous les parents ou seulement, suivant les cas, ceux du mari, ceux de la femme, ceux du père ou de la mère, etc.? Quels sont ceux qui n'ont pas signé? Inutile d'insister sur l'importance de cette vérification.

Le ministre Bertin donne, en 1764, les instructions suivantes aux intendants : « Vous ne sauriez prendre trop de précautions sur les deux points suivants : le premier que les mémoires soient signés des parents paternels et maternels les plus proches ; le second d'avoir une note bien exacte de *ceux qui n'auront pas signé* et des raisons qui les auront empêchés, le tout indépendamment de la vérification exacte de leur exposé. »

Dans un cas, concernant un persécuté-persécuteur, qui nous est communiqué par notre collègue et ami, le D^r R. Leroy, l'intendant refuse, en 1756, l'ordre d'internement : « Sa Majesté exige toujours, dit-il, que ces sortes de demandes soient faites par *tous les parents réunis*. Il me paraît contraire à la justice et au bon ordre qu'une famille puisse s'ériger en juge d'un de ses membres et le détenir de sa seule autorité. »

Le fait que telle catégorie de parents ou d'alliés a seule signé le placet, alors que telle autre s'est abstenue, ou n'a pas été consultée, éveille l'attention de l'autorité. Le ministre, par exemple, demande « si l'état de ce particulier est tel qu'il soit indispensable de le priver de sa liberté, si c'est bien le vœu *de tous ses parents tant paternels que maternels* ». Si une femme réclame l'internement de son mari, il ne suffit pas que le placet soit signé d'elle et de ses propres parents : on veut savoir l'avis des parents du mari.

L'intendant de Rouen transmet en 1756 au ministre une demande « que la femme et les beaux-frères du sieur de Brécourt ont fait d'un ordre du Roy pour le

faire enfermer ». Le ministre refuse l'ordre sollicité, car « le public ne se plaint pas » ; la police n'y est pas intéressée, enfin « *les parents du particulier ne se sont pas joints à ceux de sa femme* ».

Dans une autre affaire (1782) le frère et le beau-frère d'un particulier sollicitant des ordres pour le faire enfermer, le ministre de Vergennes écrit à l'intendant : « Le frère et le beau-frère n'ont pas l'autorité nécessaire pour la forme... Je vous prie de vérifier si les excès sont notoirement tels qu'il soit indispensable de séquestrer ce particulier de la société, de vous assurer du vœu *tant des plus proches parents que des plus proches habitants* et de me donner en conséquence votre avis. » En possession des renseignements fournis par l'intendant, le ministre lui écrit : « Vous voudrez bien leur faire connaître [au frère et au beau-frère] que les circonstances ne me permettent pas de leur procurer les ordres qu'ils sollicitent contre ce particulier. »

Les placets sont de plus fortement et longuement motivés (nous en avons donné maints exemples). Au contraire, la demande de placement volontaire actuelle est muette à ce point de vue, puisqu'elle se limite à cette formule : « Je prie Monsieur le directeur de l'établissement d'y recevoir, pour l'y faire traiter de l'aliénation mentale dont il est atteint, M. X... » Ajoutons que, bien souvent, le certificat médical n'est guère plus explicite.

Le placet est accompagné le plus souvent de *certificats* de « gens dignes de foi » (curé de la paroisse, etc.), attestant l'exactitude des faits qui y sont rapportés. Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle on voit parfois les troubles psychiques constatés par un *certificat médical*.

Le lieutenant de police, en possession de tous ces documents, ordonne une « information » pour reconnaître le

bien-fondé de la demande. Sur cette enquête, effectuée par le commissaire ou un inspecteur de police, nous sommes entrés dans des détails circonstanciés. On a vu le lieutenant de police, les intendants, « s'informant de la vérité des faits », « vérifiant » sans cesse; les ministres réclament fréquemment « des mémoires plus précis », des « éclaircissements plus positifs, le mémoire ne s'expliquant que d'une manière vague », une « vérification exacte », des « éclaircissements nécessaires » : « Rien, écrit un intendant, ne mérite une attention plus particulière que d'approfondir si véritablement on fait servir l'autorité du roi à couvrir la vexation » ; un autre veut savoir « si l'animosité ou l'intérêt n'a pas dicté la plainte, » un autre : « si sa religion n'a pas été surprise et si la détention de ce particulier n'a été provoquée par les parents que dans le dessein de le spolier de ses biens ».

A propos d'une demande d'internement, un subdélégué écrit : « Lorsqu'il s'agit de priver une personne quelconque de la portion la plus précieuse de son existence, de sa liberté, on ne peut trop apporter de circonspection », et il refuse de se contenter « d'attestations verbales » pour réclamer une « information écrite ».

Les influences les plus hautes, l'intervention de « personnes de la première qualité » ne dispensent point des règles ordinaires et des « sages précautions » qu'exige « le bien de la justice ». L'exemple suivant est démonstratif; il résume en outre les formalités nécessaires pour l'expédition d'une lettre de cachet. La duchesse de Lorges, fille du premier président du Parlement, sollicite du lieutenant général de police Hérault une lettre de cachet, pour faire enfermer le frère de son intendant (1731). Hérault lui répond : « Avant que je puisse obtenir l'ordre... il faut que la famille de ce jeune homme me donne un placet dans lequel elle

détaillera tous les sujets de mécontentement qu'elle a de luy et qu'il soit signé du père et de la mère, ou, au cas qu'ils soient morts, de tous les parents tant paternels que maternels, qui attesteront le dérangement des mœurs du sieur R., alors je ferai vérifier avec ménagement cet exposé par un officier public et, sur le rapport qu'il me fera, j'en rendrai compte à M. le cardinal de Fleury [le ministre]; je voudrais bien, à votre recommandation, pouvoir m'écarter de ces règles, mais les devoirs de ma charge et le bien de la justice exigent de moy ces sages précautions... » (Funck-Brentano, *loc. cit.*)

Le lieutenant de police, ou l'intendant, transmet, une fois les « vérifications » faites, en toute connaissance de cause, un rapport au ministre. Ce dernier prend alors une décision. Il délivre ou refuse la lettre de cachet qui, dans le premier cas, est signée par le roi (1).

Toute cette procédure n'est point pure formalité.

Il n'est pas rare de trouver dans les archives des refus d'ordres, l'internement ne paraissant pas justifié suffisamment. Les faits allégués ne peuvent, écrit un ministre qui refuse de faire délivrer une lettre de cachet, « servir de motif légitime pour priver de sa liberté un homme maître de ses droits et qui n'est plus dans la dépendance de personne », et il charge l'intendant de prévenir les parents qui ont signé le placet « qu'ils ne doivent pas

(1) M. Dubief, dans son rapport de 1896 sur le projet de loi Reinach et Lafont, réclame des mesures qui se rapprochent singulièrement des errements de l'Ancien régime. Il veut un rapport détaillé et circonstancié (comme étaient les placets et rapports cités précédemment); il exige qu'un magistrat (juge de paix, commissaire de police, maire) examine la personne dont on demande le placement. « Avant qu'un aliéné... puisse être envoyé à l'asile, il faut qu'une autorité judiciaire ait connaissance de l'intention où l'on est de mettre ce malade dans un asile. » On voit que les mesures proposées par M. Dubief ne sont qu'un retour à la procédure du XVIII^e siècle.

compter sur l'expédition des ordres qu'ils sollicitent ». Dans une autre affaire, le ministre déclare : « Il n'y en a pas assez pour donner un ordre contre un homme de soixante-dix-neuf ans. » Les intendants sont informés qu'ils ne peuvent ordonner l'internement provisoire d'aliénés que dans des cas rares : « La liberté, leur écrit le ministre, dont jouissent sous la protection des lois les sujets de Sa Majesté est un bien si précieux qu'il ne peut leur être ôté que par les décrets de la justice, ou par l'autorité immédiate de Sa Majesté, quand Elle juge à propos de l'employer. »

L'ordre du roi, portant le nom de *lettre de cachet*, n'était donc délivré qu'après une enquête dont on a vu le rôle efficace, alors qu'aujourd'hui le placement volontaire a lieu sans que l'autorité administrative intervienne, sur la simple demande d'un parent, ou même d'un ami, et sur un certificat de médecin. La lettre de cachet, que l'on considère volontiers comme le symbole de l'arbitraire, était, dans l'espèce, une *garantie*. Une garantie incontestable contre les internements arbitraires ; une garantie qui fait défaut dans la législation actuelle. Une observation, que nous avons publiée ailleurs, montre que, pour une femme déjà internée trois fois, un nouvel internement ne peut avoir lieu que sur une demande écrite de la famille, précisant la nature des faits allégués, après attestation des voisins, après enquête du lieutenant de police, après rapport fourni sur les internements antérieurs par l'administration de la Salpêtrière, et information d'un officier de police. C'est seulement alors que le ministre déclare : « *Je pense que l'ordre est juste* », et fait signer la lettre de cachet autorisant l'internement.

Concluons. Les garanties fournies, sous l'Ancien régime, par la procédure des lettres de cachet, étaient, incontestablement, plus sûres que celles prévues, préa-

lablement à l'internement, par la loi française de 1838, pour le placement volontaire des aliénés. Nous serait-il permis de dire qu'entre autres dispositions de l'ancienne procédure nous regrettons le placet très motivé, très détaillé et signé de plusieurs parents.

L'objection tirée de l'absence du certificat médical n'est pas toujours justifiée, car la demande d'admission s'accompagne parfois d'un rapport de médecin et, en tous cas, on y supplée au moyen de certificats délivrés par des personnes notables, « dignes de foi ». Mais, au surplus, le certificat actuel n'offre parfois qu'une garantie contestable, car il est établi assez souvent par un médecin qui, dans l'état actuel de l'enseignement médical, peut obtenir son diplôme sans avoir vu un aliéné, ni ouvert un manuel de psychiatrie. Cette insuffisance professionnelle s'aggrave du fait que le parent, ou simplement « l'ami », qui réclame un certificat ayant pour but de priver une personne de sa liberté, choisit et rétribue lui-même le médecin signataire du certificat. De là des insinuations malveillantes. Des esprits mal intentionnés récusent un médecin dont l'indépendance peut être mise en doute et dont la situation ne saurait être comparée à celle d'un médecin expert ou d'un médecin nommé par l'Administration qui, eux, se prononcent, comme l'intendant ou le lieutenant de police de l'Ancien régime, en toute liberté.

Il n'y a plus, de nos jours, aucune enquête administrative, non plus qu'un contrôle préalable des faits allégués dans le certificat ; il n'y a plus d'autorisation à obtenir de l'autorité publique, comme l'exigeait la procédure des lettres de cachet sollicitées par la famille. La loi de 1838 ne fait intervenir des garanties véritablement efficaces, au point de vue de la liberté individuelle, qu'une fois l'internement effectué, et cela seulement dans les maisons privées.

On le voit, s'il est une critique que l'on puisse faire à la procédure ancienne, c'est d'avoir nui, par trop de formalités, au placement rapide des malades, d'avoir multiplié des garanties préalables que la loi de 1838 a fait disparaître (1). Et cette critique est précisément le contre-pied de celle que lui adressent des auteurs insuffisamment documentés.

Certes, du point de vue médical, il est heureux que l'on ait réduit au minimum les formalités pouvant faire obstacle au traitement immédiat des psychoses. Mais, d'un autre point de vue, au regard du respect de la liberté individuelle, n'est-il pas permis de penser que la lettre de cachet, si honnie, était moins « arbitraire » que le placement dit volontaire?

Tel était le placement à la demande des familles au XVIII^e siècle. Certains esprits se refusent à considérer ce mode de placement comme l'équivalent de notre placement volontaire, en raison de l'intervention de l'autorité administrative, celle-ci n'ayant pas, aujourd'hui, à intervenir pour autoriser le placement dit volontaire. En réalité, le placement à la demande des familles sous l'Ancien régime correspond bien à notre placement volontaire, mais avec une garantie de plus : l'autorisation du pouvoir central. Rappelons, d'ailleurs, qu'en 1837, le projet de loi sur les aliénés, déposé par le Gouvernement, subordonnait le placement volontaire à l'autorisation du préfet, et que le projet Dubief exige qu'avant « qu'un aliéné ou un prétendu aliéné puisse être envoyé à l'asile, il faut qu'une autorité judiciaire ait connaissance de l'intention où l'on est de mettre ce malade dans un asile ».

Quant au *placement par l'autorité administrative* sous

(1) Dans les cas urgents, le placement par « ordre provisoire » remédiait au reste à cet inconvénient.

l'Ancien régime, c'est le *placement d'office* de la loi de 1838. Les préfets, en vertu de cette loi, sont investis, comme le dit l'un d'eux, « d'un pouvoir quasi discrétionnaire », qui ne diffère guère du pouvoir dont usaient jadis les ministres de la Maison du Roi. Les « Ordres du Roi » ont pris, dans la loi de 1838, le nom d'« Ordres des Préfets » (art. 18). La lettre de cachet persiste sous le pseudonyme d'« arrêté de placement d'office ». Signée jadis par le roi, la lettre de cachet est signée actuellement par le préfet. Ajoutons que *rien*, dans la loi, n'oblige le préfet de faire constater par un médecin l'état d'aliénation mentale de la personne dont il ordonne le placement. S'il le fait, c'est qu'il lui plaît ainsi (art. 18 et 19).

Les autres garanties du placement d'office actuel sont calquées sur la procédure du XVIII^e siècle : enquête auprès des voisins, du concierge, interrogatoire de l'aliéné par le commissaire de police, audition de témoins, procès-verbal du commissaire, etc.

Alors qu'aujourd'hui, pour le placement d'office, c'est l'autorité administrative seule qui intervient, et que le placement par l'autorité judiciaire est inconnu, on trouve, sous l'Ancien régime, en outre du placement par lettre de cachet, l'internement *par autorité de justice* réclamé, comme une réforme capitale, par nombre de législateurs du XX^e siècle. Une notable partie des aliénés étaient, en effet, placés par « ordre de justice », ordre du procureur général du Parlement, arrêt du Parlement, sentence de la prévôté de l'Hôtel du Roi, sentence d'interdiction. On voit, dans tous ces cas, sans qu'il y ait lieu d'insister, l'intervention du pouvoir judiciaire pour le placement des aliénés.

Si l'on envisage les diverses modalités sous lesquelles peuvent se présenter les trois sortes de placement que nous venons de signaler, on s'aperçoit que les autorités

administratives du XVIII^e siècle avaient prévu tous les cas qui peuvent survenir dans la pratique quotidienne.

On a souvent reproché à la procédure de l'Ancien régime le secret dont elle s'entourait, secret qui, à n'en pas douter, cachait d'inaouables abus. De nos jours, dans les cas identiques, ce secret persiste : c'est le secret professionnel. Le secret n'avait alors pas seulement pour but de ménager « l'honneur des familles » ; on voulait encore laisser ignorer au public certains « crimes énormes à taire » et éviter la contagion du mal, « Sa Majesté étant persuadée qu'il y a des crimes qu'il faut mettre en oubli pour ne point faire connaître aux hommes qu'ils en sont capables, ce qui quelquefois les leur fait commettre ». Quel est le criminologiste d'aujourd'hui qui ne souscrirait pas à une conception aussi pénétrante ?

On retrouve encore dans l'ancienne procédure l'analogue du *placement d'urgence*, établi par l'article 8 et l'article 19 de la loi de 1838. C'est l'*ordre provisoire*, qu'on régularise ensuite par un ordre du roi, comme aujourd'hui un arrêté du préfet ne statue qu'après les « mesures provisoires » prises, en cas de « danger imminent », par les commissaires et les maires. Comme de nos jours, l'intervention de l'autorité supérieure est indispensable pour régulariser l'admission d'urgence. Dans certaines provinces, l'usage tendant à s'établir d'interner les aliénés dont l'état exigeait un placement immédiat, en vertu « d'ordres particuliers des magistrats », le ministre s'élève contre cet abus, « Sa Majesté jugeant que la liberté est un bien trop précieux pour qu'aucun de ses sujets puisse en être privé extrajudiciairement sans en avoir Elle-même pesé les causes... etc. »

Il existe aussi des pensionnaires « libres » ou « de bonne volonté ». Ils entrent librement, pour se reposer, ou parce

qu'ils sont infirmes, sans famille, atteints de troubles mentaux légers (épilepsie, etc.). Si l'état mental s'aggrave, le malade est placé parmi les aliénés, mais seulement en vertu d'un ordre du roi, et à la suite d'une procédure identique à celle de l'internement. Le malade étant déjà dans l'établissement, l'ordre s'appelle « *ordre pour retenir* ». Il y a analogie entre ces faits et le passage des « nerveux » dans un pavillon d'aliénés, en vertu d'un placement volontaire, ainsi que cela se pratique de nos jours dans les maisons de santé privées.

Enfin, des particuliers sollicitent, eux-mêmes, une lettre de cachet pour être placés dans une maison spéciale. C'est là l'analogue des placements demandés par les malades eux-mêmes, mode de placement qui, à tort, n'a pas été prévu par la loi de 1838, et que réclament les projets actuels de réforme de la législation des aliénés.

On peut encore poursuivre plus loin les analogies. Lorsque le malade est conduit dans la maison où il doit être interné, le prier en donne décharge à la personne qui accompagnait l'aliéné; et le lieutenant de police, l'intendant ou le ministre, est prévenu de l'entrée du pensionnaire. (Analogie avec le paragraphe 3 de l'article 8 : bulletin d'entrée envoyé dans les vingt-quatre heures au préfet.)

Le transfèrement des aliénés ne peut avoir lieu qu'en vertu d'une lettre de cachet, comme aujourd'hui il a lieu en vertu d'un arrêté de translation.

L'autorité administrative ne se désintéresse pas du psychopathe lorsqu'il a franchi les portes de la maison de santé. Les maisons de force sont soumises à des *règlements* intérieurs (1669, 1729, 1750, 1765, 1783), dans lesquels il n'est pas difficile de retrouver notre règlement de 1857. Ces règlements étaient soumis, comme le veut aujourd'hui l'article 7, « à l'approbation

du ministre ». L'autorité tient la main à ce que les dispositions de ces règlements soient rigoureusement observées.

Il existe des *registres*, paraphés par un maître des requêtes, un conseiller, un juge royal, etc., sur lesquels doivent être consignés les noms de tous les pensionnaires et l'indication des ordres en vertu desquels ils sont internés. Tels sont les registres, paraphés par le maire, exigés par l'article 12 de la loi actuelle.

L'analogie intéressante qui existe entre le régime des aliénés avant la Révolution et le régime actuel, cette analogie se poursuit d'une manière évidente lorsqu'on envisage les garanties apportées aux réclamations des malades.

Comme de nos jours, les maisons d'aliénés étaient soumises au contrôle et à l'*inspection* des autorités administratives ou judiciaires.

A Paris, le lieutenant de police, en province, l'intendant ou son subdélégué, des « commissaires et représentants du roi » procèdent à des visites périodiques. « Les intendants doivent visiter avec un soin particulier les maisons » ; ils se renseignent auprès des pensionnaires lucides. L'intendant se rend compte de l'état d'esprit des malades, il examine leurs requêtes et prononce sur leur sortie ou leur maintien. Il doit transmettre au ministre ses « observations sur le parti qu'il conviendra de prendre tant à l'égard de chaque prisonnier que de la réformation des abus remarqués dans le régime et la manutention des lieux de détention ». Nous avons vu plus haut le lieutenant de police statuer sur la demande de mise en liberté d'un malade au cours de sa visite à la Charité de Charenton. Dans un autre cas, l'intendant écrit au ministre : « Pour vérifier la situation actuelle de cette femme, je l'ai fait visiter et questionner ; elle a répondu avec justesse et paraît jouir de

toute sa raison. » On reconnaît dans les règles de l'Ancien régime les dispositions de l'article 4 de la loi de 1838 imposant aux préfets l'obligation de visiter périodiquement les asiles d'aliénés.

Enfin il n'est pas jusqu'aux *inspecteurs généraux* de nos asiles qu'on ne retrouve dans la seconde moitié du XVIII^e siècle. Rappelons que deux médecins très renommés, Colombier et Doublet, étaient, le premier, inspecteur général, le second, inspecteur adjoint des maisons d'aliénés et maisons de force. Dans certains asiles du Nord, des « contrôleurs » viennent tous les trois mois procéder à une inspection, ils s'assurent si on n'abuse pas de la réclusion, s'il n'y a pas de malade « resserré par humeur ». Ajoutons, pour être complet, que les établissements religieux sont en outre inspectés périodiquement par les supérieurs des congrégations auxquelles ils appartiennent.

L'autorité judiciaire procède également à des inspections périodiques qui peuvent être comparées aux visites du président du tribunal et du procureur de la République dans nos asiles, par exécution des prescriptions de l'article 4. Le président du Parlement, une Commission du Parlement, des « magistrats préposés par le ministre » inspectent les établissements d'aliénés; « ils se transportent dans les chambres d'un chacun desdites personnes enfermées, leur demandent à chacun les causes de leur détention, et s'ils n'ont point de plaintes à faire ». Les procès-verbaux de ces visites sont rédigés; des sanctions sont prises si des irrégularités sont constatées.

Rapports semestriels. — L'article 20 de la loi de 1838 prescrit au médecin de rédiger, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport sur l'état de chaque malade, la nature de sa maladie et les résultats du traitement. Il en était de même au XVIII^e siècle.

Tous les six mois les directeurs des maisons d'aliénés doivent fournir aux autorités un « état » des pensionnaires avec la nature de leur maladie et leur état actuel.

Comme de nos jours, s'il survient un événement important dans la maison : homicide, évasion, suicide, l'autorité administrative (représentée en général par le subdélégué) s'y rend aussitôt et procède à une enquête. Le Supérieur de la maison est tenu de rédiger un rapport. Mais en dehors de ces cas exceptionnels il y a un autre contrôle, permanent, de l'autorité administrative et plus particulièrement du lieutenant de police, qui se fait informer des moindres incidents des maisons d'aliénés, même des changements de quartier.

Réclamations. — Le malade a (comme actuellement en vertu de l'article 29, qui interdit de retenir les réclamations adressées à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative) la liberté d'écrire, aussi souvent qu'il le veut, aux autorités ; et l'on trouve fréquemment, dans les archives, la preuve que les réclamations parviennent bien à ceux auxquels elles sont destinées et donnent lieu à une enquête.

Peut-être est-ce là l'heureux effet des critiques des « philosophes » ? mais, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, les circulaires se multiplient et deviennent plus pressantes pour prévenir les séquestrations arbitraires. Déjà en 1749, le ministre veut savoir s'il n'y a pas d'internement indûment prolongé « par oubli de la part des Supérieurs ... trop de dureté et de motifs d'intérêts de la part des parents, ce qui répugnerait à la justice du Roy ». Le moindre retard ou le moindre oubli dans l'exécution des prescriptions recommandées par ces circulaires est sévèrement réprimandé.

L'autorité administrative réclame fréquemment aux Supérieurs des maisons des renseignements sur l'état mental des internés : le lieutenant de police, par

exemple, demande à un Prieur un rapport pour savoir « en quelle situation est l'esprit de ce particulier, et si sa liberté peut être accordée ». Ces rapports, qui concluent soit au maintien en traitement, soit à la mise en liberté du malade, sont l'analogue des *certificats de situation* demandés, de nos jours, au médecin par le préfet.

Bien plus, on trouve au XVIII^e siècle des mesures qui rappellent de fort près la mission dévolue par la loi de 1838 aux *médecins inspecteurs* chargés par le préfet (article 4) de recevoir la réclamation des malades et de prendre « à leur égard tous renseignements propres à faire connaître leur position ». On sait que le préfet, dans certains cas délicats, charge plus particulièrement ces médecins inspecteurs d'examiner les aliénés des asiles publics ou privés qui réclament leur sortie et de se prononcer sur l'opportunité de cette mesure.

Nous avons cité des exemples de vérifications identiques. Un intendant écrit au ministre, à propos d'une réclamation d'un aliéné : « J'ai chargé quelqu'un de confiance sur le lieu de l'observer. » Dans un autre cas, on décide de maintenir le malade en observation pendant trois mois « pour juger de ses habitudes et de ses variations » et « de le faire interroger tous les huit ou quinze jours par le maire de la ville, homme très intelligent, de la plus grande impartialité et bon observateur ».

La *sortie* est obtenue à la suite de formalités identiques à celles de l'entrée et à peu près analogues à celles d'aujourd'hui (article 14 et article 23). La famille adresse à l'autorité un placet qui fait l'objet d'une enquête, à la suite de laquelle le ministre contresigne, s'il y a lieu, une lettre de cachet, signée du roi, ordonnant de mettre le malade « en pleine et entière liberté ».

Cette lettre de cachet est identique à l'*arrêté de sortie* signé actuellement par le préfet de police (article 23 de la loi).

La correspondance des intendants avec le ministre nous montre ces fonctionnaires discutant dans le détail l'opportunité de la sortie des aliénés, motivant leurs propositions, et, s'ils concluent au maintien d'un alcoolique dangereux par exemple, spécifiant « qu'il y aurait danger réel à la liberté qu'une commisération peu réfléchie sollicite pour lui ».

Dans certains cas, la sortie a lieu en vertu d'un *ordre provisoire* pour permettre la mise en liberté du malade avant l'accomplissement des formalités nécessitées par l'envoi d'une lettre de cachet, « ordre en forme », ordonnant la sortie.

Ajoutons que parfois on a recours aux *sorties d'essai*.

On sait que l'article 29 de la loi actuelle permet au tribunal de prononcer la mise en liberté d'un aliéné. Nous avons de même trouvé des exemples, sous l'Ancien régime, de malade mis en liberté par décision de l'autorité judiciaire.

L'autorité administrative est informée de la sortie du pensionnaire comme, de nos jours, elle en est avisée par application de l'article 15.

Ainsi qu'on le fait aujourd'hui, l'autorité met parfois des conditions à la sortie : changement de milieu, surveillance de la famille, engagement dans l'armée, éloignement de Paris, etc., elle se préoccupe de la situation qui sera faite à l'aliéné après sa sortie, elle s'informe du nom de la personne qui le recueillera ; elle s'assure qu'il trouvera un emploi pour gagner sa vie ; elle pourvoit par un secours aux plus urgentes nécessités (comme le font actuellement nos sociétés de patronage).

En cas de *décès* du pensionnaire, on procède comme

on le fait aujourd'hui (art. 12). L'acte de décès est dressé sur un registre paraphé par le juge royal, et avis en est donné aux autorités administratives.

Il semble que tout ce qui a trait aux maladies mentales et à leur traitement, qu'il s'agisse de l'Ancien régime ou de l'époque actuelle, ne puisse être entrevu qu'à travers les brumes de la légende et des préjugés. Alors que, de toutes parts, on affirme que la condition des aliénés avant 1789 était soumise à l'arbitraire, cette condition apparaît déterminée par des règles si précises et si efficaces que, d'une part, le législateur de 1838 n'a pu mieux faire que d'en reproduire un grand nombre, et que, d'autre part, les auteurs des projets actuels de revision de la loi sur les aliénés réclament, avec véhémence, des garanties rigoureuses qu'ils empruntent, sans qu'ils s'en doutent, aux errements tant de fois condamnés de l'Ancien régime.

La longue expérience des hommes d'État des xvii^e et xviii^e siècles avait abouti à ce terme où aboutit notre expérience propre, et ils avaient été amenés, en face des mêmes nécessités, à adopter les mêmes solutions. C'est là une vérité qu'il eût été impossible de méconnaître si l'on s'était livré à l'étude objective des faits. Mais on a préféré jeter l'anathème sur toutes les institutions du passé ; on est parti de cette idée préconçue qu'il n'y avait, avant 1789, dans les maisons de force, que des victimes de l'arbitraire et que, pour leur internement, le bon plaisir tenait lieu de toute règle. Ainsi, les lettres de cachet délivrées par les ministres de la monarchie ont été considérées comme autant de crimes avérés contre la liberté individuelle....

Et cependant il n'y a pas de différence sensible entre l'internement des aliénés et des anormaux par les « arrêtés » du préfet de police, ou un certificat de

médecin, et l'internement des mêmes sujets par les lettres de cachet du lieutenant général de police. « L'arbitraire bienfaisant » du préfet de police et des médecins a remplacé les « ordres arbitraires » du lieutenant de police et des Supérieurs des maisons de santé de l'ancien régime. Ces mesures arbitraires, si souvent flétries, elles étaient si légitimes, elles se sont montrées, à l'usage, si efficaces et si prudentes que, lorsque après un demi-siècle d'oubli on a voulu organiser la condition légale des aliénés, on n'a pu faire autrement que de s'en inspirer. Les dénigrer était facile, mais le législateur ne pouvait éviter de les copier. N'est-ce point la preuve des services qu'elles avaient rendus? Notre civilisation moderne, si jalouse de liberté individuelle, a pu changer le nom des lettres de cachet, en restreindre l'usage à des catégories mieux déterminées, mais elle ne peut s'en passer, ce qui tendrait à faire croire qu'elles sont encore indispensables (2).

S'il n'est plus permis de partager les erreurs de nos devanciers, il n'y a pas lieu non plus de s'étonner des accusations erronées portées contre le régime des aliénés avant 1789; ces accusations, nous les connaissons. Ce sont les mêmes qu'on porte aujourd'hui contre le fonctionnement de la loi de 1838. L'aveuglement est le même, ainsi que la crédulité (1).

Parmi les reproches qui ont été adressés à l'Ancien régime en ce qui concerne l'assistance aux aliénés, les

(1) Dans la plupart des pays, les lettres de cachet persistent de nos jours — sans aucune modification — mais, il est vrai, sous un autre nom, non seulement pour les aliénés, mais encore pour de nombreuses catégories d'individus : mineurs, étrangers, militaires, prostituées, indigènes des colonies. Il y aurait une intéressante étude à faire sur les survivances de l'Ancien régime et sur l'arbitraire au xx^e siècle.

(2) Nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux différents mémoires que nous avons publiés sur ces questions.

Paul Sérieux et Lucien Libert. Un asile de sûreté sous l'ancien

ans sont en partie fondés : ce sont ceux qui touchent à la condition matérielle de ces malades, si pitoyable encore dans tant de pays civilisés. Les autres ne sauraient résister à l'examen impartial des faits : ce sont ceux qui concernent le placement des aliénés et le contrôle exercé sur les maisons de santé. Autant de contre-vérités.

Si l'on quitte, en effet, le domaine des affirmations *a priori* pour celui de la documentation précise, — et ces documents, on ne peut contester leur authenticité, leur véracité, leur concordance, non plus que leur force convaincante, — rien ne reste des allégations de certains historiens improvisés de la psychiatrie, hommes aussi étrangers à la discipline psychiatrique qu'à la méthode historique. Rien, sinon la preuve que leur sensibilité —

régime (*Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, juin 1911).

— La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté (*L'Encéphale*, juillet, août, septembre, octobre 1911).

— Prisons d'Etat et Asiles de sûreté. Les anormaux constitutionnels à la Bastille (*XXI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Amiens, août 1911).

— Les anormaux constitutionnels à la Bastille : interpréteurs, revendicateurs, fabulateurs (*La Chronique médicale*, 1^{er} et 15 octobre 1911).

— La Bastille, asile d'aliénés et asile de sûreté (*Esculape*, octobre 1911).

— Les lettres de cachet ; « Prisonniers de famille » et « Placements volontaires » (*VI^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruges, 30 septembre et 1^{er} octobre 1911, et *Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, décembre 1911 et février 1912).

— De l'internement des anormaux constitutionnels : asiles de sûreté et prisons d'Etat (*Congrès d'anthropologie criminelle*, Cologne, octobre 1911).

— L'assistance et le traitement des maladies mentales au temps de Louis XVI (*Chronique médicale*, 15 juillet, 1^{er} août 1914).

— Règlements de quelques maisons d'aliénés (*Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, juin 1914).

— Le régime des aliénés en France au XVIII^e siècle (*Congrès de médecine*, Londres, 1913).

Lucien Libert. Saint-Pierre Dutailli, frère de Bernardin de Saint-Pierre (*Société médico-psychologique*, séance du 31 juillet 1911)

pour ne pas dire leur parti pris et leur incuriosité — a fait tort à leur sens critique.

A tout esprit affranchi de certaines superstitions les textes conservés dans les archives montrent dans la procédure légale du XVIII^e siècle la vivante antithèse des légendes imprudemment acceptées. Les impérieuses exigences de la défense sociale avaient imposé aux autorités administratives de cette époque des mesures dictées par une expérience consommée, appliquées avec une attention vigilante, avec de réels scrupules.

A la veille de la Révolution, la réforme du régime et de l'assistance des aliénés allait être entreprise : citons, entre autres preuves, l'*Instruction* rédigée, en 1785, par Colombier et Doublet, sur l'ordre du Gouvernement, *Instruction* que nous avons publiée et commentée. Les événements qui suivirent 1789 non seulement firent obstacle à la réalisation de la réforme projetée, mais jetèrent à bas toute l'organisation de l'Ancien régime par la suppression des lettres de cachet, des maisons de force et des congrégations hospitalières. Les divers Gouvernements qui se succédèrent, en présence des multiples problèmes qui les pressaient, n'eurent point le loisir de restaurer les institutions détruites. Ce n'est que cinquante ans plus tard, en 1838, que l'Assemblée législative décida de donner un statut légal aux aliénés. Elle ne fit — sans le vouloir apparemment de propos délibéré — qu'inscrire dans la loi ce qui, au XVIII^e siècle, était la coutume généralement admise et généralement appliquée. Elle réunit en un texte, non sans en compléter les lacunes, les règles administratives, toujours les mêmes, qui régissaient, dans l'ancien ordre de choses, la condition des aliénés.

C'est là, croyons-nous, un des points de notre travail qui mérite d'être bien mis en lumière, car, entièrement inédit, il est, de plus, historiquement vrai.

L'histoire de toutes les institutions, l'histoire tout entière du droit romain et du droit français montre la continuité parfaite qui existe entre les différents âges, et la formation lente, par perfectionnements successifs, des règles qui régissent les sociétés humaines (1).

La législation et l'assistance actuelles des aliénés, comme la plupart des institutions modernes, enfoncent de puissantes racines dans la terre du passé. Se contenter de dire, avec certains historiens, que « la législation antérieure à 1789 est muette » sur la condition des aliénés, c'est abuser d'une équivoque. La « coutume » avait organisé le régime des aliénés avec des règles précises et des garanties réelles. Cette organisation a disparu, en 1790, avec les institutions dont elle était l'œuvre. Quelques mois après la suppression des lettres de cachet, sauvegarde séculaire de l'ordre et de la sécurité publics, on put s'apercevoir des services qu'elles avaient rendus : les dangers provoqués par les nombreux aliénés en liberté obligèrent l'Assemblée Constituante à prendre des mesures énergiques contre « ceux qui laisseront divaguer des insensés ou furieux, ou des animaux malfaisants ou féroces ». (Loi des 16-24 août 1790 et loi des 19 et 22 juillet 1791.) L'organisation de l'Ancien régime ne fut restaurée qu'en 1838, après une longue éclipse, sous le nom de *Loi sur les aliénés*.

On se plaît à révéler, dans le législateur de 1838, un novateur hardi, faisant surgir du néant l'assistance et le régime modernes des aliénés. Ce législateur n'est point le créateur qu'on imagine. C'est un plagiaire.

(1) « Il ne faut pas croire, écrit M. le professeur Lacaze, que notre Code soit sorti en entier des travaux d'une assemblée ou de la tête d'un législateur de génie. Pendant dix siècles, les coutumes de France ont été élaborées, la Royauté et l'Eglise les ont appliquées, et de grands jurisconsultes..... les ont commentées. » (*Arch. d'antr. crim.*, 1913.)

Cette « révolution dans l'assistance des aliénés », qu'on nous donne comme une des grandes conquêtes des temps nouveaux, n'est qu'un retour et un hommage involontaire aux « errements » de l'Ancien régime. La lettre de cachet est réhabilitée et restaurée. Le méconnaître, c'est nier les faits, c'est se laisser prendre aux sophismes, aux thèses diffamatoires de ceux qui, au siècle dernier ont faussé l'histoire.

Les aliénistes, qui déplorent à bon droit les idées préconçues du grand public sur les asiles d'aliénés, seraient inexcusables de partager le même aveuglement, quand il s'agit de porter un jugement sur le régime des aliénés aux siècles passés. Ce serait faire œuvre de parti pris, ce serait sacrifier à cette tendance au dénigrement systématique du passé qu'Ernest Renan a si éloquemment flétrie : « L'erreur la plus fâcheuse est de croire qu'on sert sa patrie en calomniant ceux qui l'ont fondée. Tous les siècles d'une nation sont les feuillets d'un même livre. Les vrais hommes de progrès sont ceux qui ont pour point de départ un respect profond du passé. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Gazette des hôpitaux.

ANNÉE 1911.

I. — *La mort au cours de l'accès épileptique*; par le Dr Marchand (n° 1). — Les cas de mort au cours de l'accès comitial sont très rares. L'auteur n'a pu relever, dans la littérature médicale, que treize cas de mort au cours de l'accès, suivis d'autopsie. Voici les lésions qui ont été observées : déchirure de l'aorte, obstruction des voies respiratoires par des aliments, rupture du ventricule gauche du cœur, rupture du ventricule droit du cœur, congestion cérébrale, hémorragie sous-pie-mérienne, hémorragie ventriculaire, hémorragies bulbaires. On peut admettre que ces causes de mort, si elles paraissent diverses, relèvent toujours de l'augmentation de la pression artérielle qui détermine soit la rupture du cœur ou d'un gros vaisseau, soit celle de vaisseaux de l'encéphale. L'altération antérieure des parois vasculaires peut favoriser la rupture, mais elle n'est pas nécessaire.

L'auteur n'a eu en vue que les cas de mort survenant au cours d'une des phases de la crise épileptique dite essentielle; il a laissé de côté les cas de mort au cours de l'état de mal et des attaques épileptiformes et ceux enfin survenant par accidents (chute sur le crâne, asphyxie par étouffement dans la literie pendant le sommeil, etc.).

II. — *Délires d'incubation à forme maniaque dans la fièvre typhoïde*; par les Drs Olivier et Boidard (n° 22). — Dans une première observation, les auteurs font remarquer qu'il y eut succession de deux ordres de phénomènes, la malade s'étant révélée d'abord comme une véritable aliénée, pour offrir en second lieu le complexe clinique d'une fièvre typhoïde à forme ataxo-adyynamique. Les troubles vésaniques furent, dans l'ordre d'apparition des symptômes, les premiers en date; ils ne revê-

tirent pas la forme confusionnelle et hallucinatoire habituelle aux délires infectieux, mais se présentèrent sous un aspect franchement vésanique qui fit croire d'abord à un accès de manie aiguë, diagnostic rendu d'autant plus vraisemblable que la malade offrait des tares héréditaires, sa sœur se trouvant au même moment à l'asile.

Dans une seconde observation, survient brusquement, à la suite d'un surmenage physique, un état de grande agitation avec incohérences, désordre des actes et insomnie; le pouls est fréquent, la température est normale; la malade possède une hérédité mentale; l'hypothèse d'un accès de manie aiguë semble légitime. Deux jours après l'agitation cède la première place dans le tableau morbide à un état confusionnel avec onirisme, en même temps que la température dépasse légèrement la normale et que s'installent les signes cliniques habituels de l'infection éberthienne.

Dans les deux cas, une issue fatale mit un terme à la maladie, ce qui corroborerait l'opinion qui considère comme ayant un pronostic particulièrement sombre, les fièvres typhoïdes avec délire initial. Dans les deux cas enfin, l'importance de tares héréditaires mentales est à relever.

III. — *L'amnésie dans la paralysie générale*; par le Dr Benon (n° 87). — L'amnésie de la démence paralytique est d'abord rétro-antérograde dans sa marche et diffuse ou non localisée par rapport à la vie du sujet.

Quantitativement, elle est plus ou moins profonde et elle peut être dite globale, si on envisage la grande variété des éléments mnésiques généralement altérés.

Au point de vue qualitatif, c'est une amnésie à la fois de localisation, de reproduction et de fixation. Dès le début de la maladie, l'amnésie de conservation et l'amnésie de localisation sont souvent très apparentes.

Enfin, cette amnésie est progressive dans son évolution, définitive dans sa durée, et surtout organique ou destructive au point de vue pathogénique.

En fait, l'amnésie, dans la paralysie générale, qui est un signe permanent et de constatation facile, n'offre pas, à proprement parler, de caractères pathognomoniques. Sans doute, elle porte sur les souvenirs les plus variés (amnésie globale et non lacunaire), mais c'est là un signe qui n'est pas toujours aisé à apprécier, et il appellerait de nouvelles recherches.

Si l'amnésie par elle-même ne paraît pas avoir, dans la dé-

mence paralytique, de caractères qui lui soient réellement propres, elle s'accompagne de troubles du jugement et de l'émotivité qui constituent un état psychique pathognomonique de la paralysie générale. Et c'est cet état mental seul qui permet, dans les cas difficiles, de faire le diagnostic différentiel entre la démence paralytique et les autres démences organiques. Si, en effet, l'état mental paralytique vrai n'existe pas sans les signes physiques habituels de cette maladie, ceux-ci peuvent être observés en dehors de la paralysie générale et sans paralysie générale. Ce qui a donc le plus d'importance pour le diagnostic dans la démence paralytique, c'est l'état mental et non les signes physiques : ceux-ci ont une grosse valeur sans doute, mais, pour le diagnostic différentiel des états démentiels, ils en ont moins que l'état mental.

L'article se termine par une longue bibliographie.

IV. — *Etat de mal épileptique chez un enfant de cinq jours*; par les D^{rs} Marchand et Petit (n° 89). — Dans ce cas, une mère atteinte d'imbécillité et d'épilepsie accouche d'un enfant qui paraît bien conformé. Cinq jours après la naissance, sans cause apparente, l'enfant est atteint de crises d'épilepsie d'abord isolées, puis subintrantes. La mort survient à l'âge de huit jours. On constate à l'examen histologique des lésions diffuses de méningo-encéphalite.

Cliniquement, cet enfant n'avait présenté, avant l'apparition des crises épileptiques, aucun symptôme de maladie cérébrale. Quand survinrent les premières crises, on ne pouvait leur attribuer comme cause que l'hérédité. La constatation des lésions méningo-corticales de nature inflammatoire montre combien la notion de l'hérédité est insuffisante pour interpréter les cas d'épilepsie précoce. L'influence de l'hérédité se réduit à une simple prédisposition. Il resterait à déterminer la pathogénie de ces lésions. On admet qu'elles peuvent apparaître non seulement à tous les âges de la vie, mais même chez le fœtus.

Il est probable qu'elles sont le résultat d'une réaction des enveloppes cérébrales et du cortex sous-jacent à des produits toxiques ou à un agent infectieux. L'évolution de cette méningo-corticalite, même si elle apparaît chez l'enfant après la naissance, est parfois insidieuse. Ce n'est que plus tard, que les lésions scléreuses corticales détermineront des accidents convulsifs ou mentaux.

D^r BEAUSSART.

JOURNAUX ITALIENS

**Rivista sperimentale di frenatria
e medicina legale delle alienazioni mentali.**

ANNÉE 1910.

I. — *Le suicide chez les hystériques*; par le Dr Fornaca (numéro de juin). — Tous les auteurs qui ont traité de cette névrose, tous les aliénistes et neurologistes qui ont quelque pratique ont constaté chez les malades de cette catégorie, et ont observé chez eux, des suicides ou des tentatives de suicide. Chez eux, les suicides par imitation, déjà signalés par Plutarque, ont été bien étudiés autrefois par Aubry, Brierre de Boismont, Moreau (de Tours). Ces épidémies de suicide, où tous les cas se ressemblent par la futilité de la cause et l'emploi d'un procédé identique, appartiennent à la contagion mentale. Plus intéressants, quoique bien connus, sont les suicides d'hystériques par idée fixe. Parfois aussi, il s'agit du *tædium vitæ*, mais d'une forme spéciale, qui n'est point celle des lypémaniaques; plus rarement, il s'agit d'une impulsion vraie, à la suite de colère, de mauvaise humeur, auxquelles on a comparé les impulsions homicides; quelquefois, il s'agit de faire de la peine à un être aimé, tel que cela existe dans deux cas de l'auteur: l'un était celui d'une fille publique et l'autre était fille d'un suicidé, qui ont commis leur action pour faire de la peine à leurs amants; enfin, le suicide des hystériques n'a parfois aucun motif. C'est aussi chez eux que se trouve le suicide à deux; tantôt il s'agit d'un couple ami: parfois, le maître et le disciple: parfois, de folie imposée du type Lasègue-Falret. On a beaucoup parlé du suicide par amour, surtout à l'époque où l'on croyait à l'érotisme des hystériques, il est très rare, et, plus généralement, chez les sujets de cette espèce, il est « chiqué »; cependant, la mort arrive parfois par des circonstances que l'auteur de la tentative n'avait pas prévues. Bien des suicides de militaires ressortissent à l'hystérie. Fornaca en a signalé trois cas, chez un douanier et deux carabiniers. Enfin, rarement sur une hallucination impérative de Dieu. C'est le manque ou l'absence du sens auto-critique qui caractérise l'hystérie aussi bien que la bizarrerie, enfin il existe très certainement une transmission héréditaire de l'idée de suicide; le suicide

hystérique est un acte en quelque sorte spontané, particulièrement chez les sujets à forte tare dégénérative; c'est d'ailleurs chez ceux-là que le suicide est le plus souvent suivi de mort et non point une comédie jouée pour attirer l'attention sur soi.

II. — *De la viscosité du sang chez les aliénés*; par le Dr A. Zilocchi (numéro de juin). — Étudiée à l'aide de la technique d'Ostwalt, avec l'appareil de Hess, dans lequel on compare la viscosité du liquide étudié à celle de l'eau distillée prise comme unité; le sang était recueilli par piqure de la pulpe du doigt après un bain chaud. 288 sujets furent examinés, dont 20 sujets sains (infirmiers et infirmières) et les autres aliénés des différentes catégories. L'auteur réunit dans un tableau les données suivantes : degré de viscosité, nombre de globules, teneur en hémoglobine, pression artérielle, diagnostic de la forme mentale. Il en tire les conclusions suivantes : la viscosité, d'une manière générale, est plus élevée chez les aliénés que chez les sujets sains. Elle est cependant inférieure à la normale chez les paralytiques généraux, spécialement dans les stades avancés de la maladie et dans les états démentiels. Elle est égale à la normale chez les phrénasthéniques et dans quelques états aigus; elle dépasse la moyenne dans les phrénoses maniaco-dépressives et atteint son maximum chez les épileptiques soit au moment des crises, soit immédiatement après. Elle est également très élevée chez quelques séniles, quelques déments précoces, lorsque la maladie est constituée. La viscosité paraît être fonction de la quantité de globules rouges et de leur richesse en hémoglobine, du stade de la maladie, de l'état de la circulation et du fonctionnement des grands viscères internes (cœur, foie, rein); elle ne paraît pas proportionnelle à la résistance globulaire, dans certains cas même ces deux facteurs paraissent inversement proportionnels.

III. — *Recherches sur la colorabilité primaire du tissu nerveux*; par le Dr C. Besta (numéro de juin). — Bethe appelle colorabilité primaire d'un tissu la propriété qu'ont certaines de ses parties de se colorer avec des couleurs basiques en solution aqueuse quand on les fait agir à froid ou sur un matériel fixé par des moyens qui n'en altèrent point la constitution chimique, tels que la dessiccation, la déshydratation. Selon toute probabilité, cette propriété est due à l'existence dans les éléments histologiques d'une substance capable de fixer les couleurs basiques caractéristiques : on peut la désigner sous le nom de substance libre de Bethe. Les acides forts HClAzO^3 , en solution aqueuse,

ont le pouvoir de déterminer dans les éléments nerveux une faible coloration secondaire en présence de quelques colorants basiques. Ces colorations secondaires sont probablement liées à une substance spéciale qui se trouve dans les éléments nerveux, mais qui n'est pas identique à la substance libre de Bethe puisqu'elle se laisse colorer secondairement en présence des acides. En effet, cette substance n'est pas détruite, mais seulement inhibée par certains corps qui paraissent détruire la substance libre. Les expériences de Besta, qui confirment la théorie de von Bethe et de Lugarow, vont à l'encontre des théories d'Auerbach sur le mécanisme de la coloration primaire et sur l'inaptitude des acides en solution aqueuse à faciliter la coloration de ces éléments.

IV. — *Paranoïa, démence précoce paranoïde et psychose paranoïde*; par le Dr Mino de Paoli (numéro de juin). — S'appuyant sur des observations, l'auteur a cherché à établir le diagnostic différentiel de ces états pathologiques très voisins; il maintient l'idée d'une forme de psychose paranoïde telle qu'on la décrivait traditionnellement en Italie et à laquelle on avait autrefois accordé une importance prépondérante qu'elle est loin d'avoir. La démence précoce paranoïde, autrefois confondue avec la forme précédente, est beaucoup plus fréquente qu'elle. Dans les cas typiques, les caractères sont bien nettement tranchés, mais les frontières sont floues: il y a des intermédiaires dans lesquels existent à la fois une absence de lucidité qui les rapprocherait de la maladie de Kraepelin et une systématisation délirante primitive que l'on ne peut admettre dans un état destructif de l'intelligence: ces cas n'aboutissent presque jamais à la démence, ils se terminent par une sorte d'obscurcissement du délire qui n'est pas la guérison. C'est cet état que l'on peut actuellement désigner sous le nom de psychose paranoïde.

V. — *Les morts par pellagre, alcoolisme, épilepsie et paralysie générale en Italie*; par le Dr A. Tamburini (numéro de juin). — Le Parlement italien, dit l'auteur, ne s'occupe des questions d'hygiène qu'à regret; il néglige la pellagre, l'alcoolisme, et ajourne la proposition Foa et Tomasio de peur de léser des intérêts. Tamburini étudie la dernière statistique publiée des causes de mort, celle de 1907. La pellagre, grâce aux efforts accomplis, est en voie de régression; elle n'a causé, en 1907, que 1.635 décès au lieu de 3.987 en 1898. On est heureusement loin des 100.000 pellagreaux déclarés en 1881 par la Direction générale de l'agriculture. C'est surtout en Vénétie, beaucoup moins en Lombardie, que les progrès ont été accomplis.

La maladie frappe aux mois d'avril, mai et juin, les agriculteurs et les bûcherons, les journaliers agricoles, et est toujours très grave dans l'extrême jeunesse et dans la vieillesse; l'alcoolisme, lui, ne diminue pas; l'alcoolisme chronique a tué 663 sujets; mais qu'est ce chiffre, comparé aux innombrables victimes de l'abus des spiritueux: 105 individus sont morts par suite d'ivresse, mais qui comptera les hépatites, les néphrites, les encéphalites, les cirrhoses, les tuberculoses causées par ces pernicieuses habitudes? L'abondance des dernières vendanges en Vénétie y a marqué un arrêt dans la consommation de l'alcool. Pour les épileptiques, rien de sérieux n'a encore été fait; on continue à en interner quelques-uns dans les asiles-casernes qui leur sont rarement utiles, mais on n'a créé pour eux aucune colonie. La paralysie générale, y compris les pseudo-paralysies, a fait mourir 4.440 Italiens en 1907.

VI. — *La réaction de Wassermann dans ses rapports avec les lésions de la substance nerveuse centrale*; par le Dr Fl. Nizzi (numéro de juin). — D'expériences poursuivies par l'auteur il résulte que les sérums de cinq chiens, dont la substance nerveuse centrale était expérimentalement altérée, ont donné une déviation du complément très nette. Au contraire, les résultats furent discordants avec un chien dans le péritoine duquel on injecta de l'extrait de substance nerveuse; on obtint seulement, le quatorzième jour, une déviation du complément nette; ce qui enlève toute valeur à ces expériences, c'est le fait que, même dans le sérum des chiens témoins, on a eu trois fois sur sept le même phénomène de la déviation du complément, soit 42,8 p. 100. Comme on sait que les lapins ne réagissent que difficilement à l'épreuve de Wassermann, l'auteur a soumis dix-huit lapins à l'expérience, il a obtenu la réaction positive quatre fois, 22,2 p. 100 sur des témoins, tandis que sur douze lapins, dont on avait altéré l'axe cérébro-spinal expérimentalement, le résultat positif a été de dix (83 p. 100). Les résultats obtenus sur des chiens témoins concordent avec ceux de Rossi, c'est-à-dire que le sang de chien normal a des propriétés particulières; que la réaction de Wassermann peut s'y produire; elle paraît avoir été presque constamment positive chez le chien traumatisé dans les expériences de l'auteur. Nizzi admet hypothétiquement que, très probablement, la substance nerveuse altérée est absorbée et confère au sérum la propriété de dévier le complément. Évidemment, il ne peut indiquer par quel mécanisme cela peut se faire. Est-ce par un principe spécial préexis-

tant dans le cerveau ou encore une substance colloïdale, des lipoides ou quelque autre élément dérivant de la désagrégation du tissu normal nerveux ou peut-être une substance anormale sécrétée par le cerveau devenu pathologique? Ne pourrait-ce point être la cholestérine qui, d'après Pighini et Iscovesco, a un pouvoir anticomplémentaire? Cette substance a été retrouvée par Pighini dans le liquide céphalo-rachidien qui donne une réaction de Wassermann positive. Nizzi l'a trouvée chez les chiens normaux ou traumatisés, non seulement par la réaction de Libermann, mais en cristaux, sous le champ du microscope, sauf dans un seul cas; mais chez le lapin, l'expérience n'a pas été possible. Il semble à Nizzi que la réaction de Wassermann chez les animaux traumatisés soit positive à cause de la présence de la cholestérine.

VII. — *Encore sur les rapports entre la mélancolie involutive et les psychoses maniaco-dépressives*; par le D^r G. Volpi-Gherardini (numéro de juin). — L'auteur s'est demandé ce que devenaient les malades entrés pour psychoses involutives; il a constaté un très grand nombre de guérisons. Personnellement, il a eu l'occasion de revoir 7 de ses anciens malades sortis guéris, et n'a constaté que chez un seul une rechute. Par l'intermédiaire de confrères, il a eu des renseignements sur 10 autres; chez 7, la guérison s'était maintenue, 1 était sorti amélioré et était resté tel. Il a été renseigné sur 5 autres par des parents, et ces 5 malades restaient améliorés; 10 sont morts, soit 5 par cachexie progressive, 5 par affaiblissement après une longue démence. Enfin, 4 existaient encore à l'asile. En somme, sur 100 malades, 39 p. 100 guérissent définitivement, 26 p. 100 s'améliorent et 27 p. 100 sont restés indéfiniment dans le même état mental. Il y a donc entre les psychoses involutives et les formes maniaco-dépressives des points de contact, puisque l'on y rencontre des rechutes.

VIII. — *Action de la lumière sur les champignons pella-grogènes*; par le D^r Ceni (numéro de juin). — Les expériences de Duclaux et de Downes ont démontré que la lumière solaire est un bactéricide énergique. L'auteur a placé en pleine lumière, pendant les mois de juin, juillet et août, des cultures de *penicillium glaucum* dans le liquide de Raulin, mais pour éviter l'action des rayons calorifiques, il maintint la température constante par un refroidissement dans l'eau courante. Il constata, en inoculant ces cultures ainsi exposées à des animaux, qu'elles étaient bien moins nocives que celles traitées de la même façon,

mais à la lumière diffuse. Il a constaté, en employant de la lumière différemment colorée, que les rayons violets et verts surtout sont antitoxiques, et que le violet n'a aucune action sur les propriétés chromogènes.

IX. — *La tendance criminelle chez les enfants arriérés*; par le Dr Tramonti (numéro de juin). — Je rappelle la classification du professeur de Sanctis qu'a suivie l'auteur, assistant du service : a) les phrénasthéniques qui ont un minimum de dégénérescence et un maximum d'altérations motrices : de ce groupe font partie les cérébraux devenus anormaux après la naissance et les idiots ; b) un groupe où la dégénérescence est au maximum et les altérations motrices au minimum, tels sont les phrénasthéniques biopathiques et les imbéciles ; c) enfin, les héréditaires d'une certaine intelligence et les jeunes aliénés. Chacun de ces groupes est divisé en trois classes : léger, moyen et grave. Dans chaque groupe, l'auteur a établi un tableau où il consigne le diagnostic, l'hérédité, les causes secondes, la nature du milieu et les tendances criminelles. Sur 136 sujets, il a constaté 24 fois l'absence de ces tendances (11 garçons et 15 filles) et 112 fois leur présence (83 garçons et 29 filles) ; 99 fois attentats contre les personnes, soit 78 garçons et 21 filles ; 36 fois contre les mœurs (24 garçons et 12 filles) ; 21 fois contre les propriétés (11 garçons et 10 filles) ; enfin, 52 étaient des subcriminels (43 garçons et 9 filles). Chez tous les arriérés, on rencontre ces mauvaises tendances ; elles sont aussi fréquentes dans un groupe que dans un autre, malgré l'avis de Sollier. Avec l'âge, la criminalité à type de violence tend à être remplacée par la criminalité à type de fraude.

X. — *Du ptyalisme dans les maladies mentales et nerveuses* ; par le Dr Benigni (numéro de juin). — On sait que le ptyalisme a été signalé fréquemment chez les aliénés depuis Pinel. Benigni ne lui attribue pas grande importance en tant que symptôme : on ne peut fonder sur lui ni diagnostic ni pronostic ; il est habituellement secondaire et presque toujours en relation avec l'intoxication exogène ou endogène qui conditionne la maladie mentale. Dans les affections purement nerveuses, la sialorrhée est un symptôme des plus fréquents, et elle peut parfois avoir une importance relative pour le diagnostic ou le pronostic. Sa cause la plus générale paraît, en tout cas, être une irritation anatomique directe ou toxique sur le centre salivaire ou les voies sécrétoires des hémisphères, soit encore l'abolition de l'influence inhibitrice du cerveau ou encore des

altérations de certains viscères agissant par voie réflexe sur les glandes salivaires, les intoxications jouant ici un rôle identique à celui que l'on observe sur les nerfs sensoriels.

XI. — *Le sérum du sang dans les maladies mentales étudié par la méthode biologique*; par les D^{rs} J. Gardi et F. Prigione (numéro de juin). — Note première. — La méthode biologique appliquée à l'examen direct du sang des psychopathes a donné des résultats négatifs quant à la démonstration des anticorps spécifiques. Les sérums cytotoxiques n'ont point une spécificité démontrée parce qu'ils deviennent un complément en présence d'organes différents appartenant à l'animal qui a fourni l'organe et non en présence d'organes similaires appartenant à des espèces animales différentes de la première, quoique très peu éloignées dans l'échelle zoologique. Le programme que se sont tracé les auteurs est celui-ci : démonstration, dans le sérum des sujets atteints de maladie de Basedow, de principes thyroïdiens et éventuellement de principes dysthyroïdiens; recherche, dans le sérum lui-même, des principes antithyroïdiens qui peuvent y exister et qui sont opposés aux principes antidysthyroïdiens; les recherches effectuées démontrent la présence de principes thyroïdiens spécifiques, mais excluent celle des principes dysthyroïdiens. Ces recherches ont été poursuivies dans les affections suivantes : psychoses maniaco-dépressives, hypomanie, arrêt et ralentissement de l'activité psycho-motrice, démence précoce, forme catatonique (avec ou sans stupeur), forme paranoïde phase terminale; épilepsie psychique, soit à l'état de phrénose, soit à l'état de démence, accompagnée ou non d'alcoolisme; paralysie générale, forme expansive et lors de son stade terminal, aussi bien dans cette variété que dans la forme dépressive ou la variété dementielle; dans les psychoses alcooliques (pseudo-paralysie générale), stupidité (confusion mentale psycho-primitive). L'auteur donne une description de son *modus faciendi*. Sur 250 expériences exécutées, pas une seule fois il y a eu arrêt complet de l'hémolyse; au contraire, nombreux sont les cas dans lesquels l'hémolyse a été totale ou subtotale; elle est faible ou forte, suivant les cas; aucun anticorps spécifique n'a été mis en évidence dans les sérums des divers groupes mentaux étudiés; l'inoculation aux animaux de principes organiques appartenant à l'ordre des substances protéiques déterminant la formation de précipités qui, d'après les découvertes les plus récentes, demanderaient, pour agir utilement sur l'élément immunisant, de l'alexine.

XII. — *Action de l'alcool sur le développement de la fonction des testicules*; par le Dr Todde (numéro d'août). — L'intoxication alcoolique aiguë ne présente pas d'une façon évidente, par les méthodes habituelles d'observation, d'altération de l'activité fonctionnelle des glandes sexuelles mâles. L'intoxication éthylique chronique détermine assez rarement un véritable arrêt de la spermatogénèse, elle provoque généralement un ralentissement de l'activité fonctionnelle des testicules, comme qui dirait un état de torpeur de l'organe. L'intoxication alcoolique chronique chez les jeunes coqs, dont les organes de reproduction sont en cours d'évolution, arrête seulement le développement complet de ces organes, trouble le processus de l'évolution et la fonction consécutive, ce qui est le contraire de ce que nous voyons généralement chez l'adulte. Beaucoup de données anatomo-physiologiques et anatomo-pathologiques permettent de comprendre la différence de l'action de l'alcool sur les éléments sexuels évolués et ceux dont l'évolution n'est pas terminée. Ceni a montré, dans de nombreuses publications, les rapports étroits qui unissent le cerveau aux testicules.

XIII. — *Sur la tétanie. Considérations pathogéniques à propos d'un cas clinique de tétanie gastrique avec névrite optique bilatérale*; par le Dr Calcatерro (numéro d'août). — Un homme de cinquante-cinq ans présente une tétanie typique avec attaques intermittentes depuis cinq années et des lésions chroniques certainement tuberculeuses des sommets des poumons; des troubles profonds de la fonction de l'estomac, des altérations des reins et des lésions diffuses des nerfs optiques; des lésions des vaisseaux liées à l'artério-sclérose. Certes, il n'y a point de néphrite vraie, car l'albuminurie n'est que transitoire et la cylindrurie ne permet pas seule d'affirmer la néphrite, mais plutôt des accidents de sclérose artérielle. Les troubles de l'estomac sont caractérisés par de la myasthénie (atonie musculaire), avec crises dyspeptiques périodiques.

La coïncidence de la tétanie et des accidents tuberculeux a été signalée par plusieurs auteurs. Hougmann a classé en trois groupes les diverses hypothèses émises à ce sujet : théorie de l'épaississement du sang, théorie de l'auto-intoxication, théorie réflexe des groupes. Les première et troisième ne sont plus soutenables aujourd'hui, la deuxième seule se soutient, car la tétanie se rencontre dans certaines maladies des voies respiratoires, par exemple, l'angine tonsillaire, dans le cours des maladies endémiques et épidémiques (choléra, typhus, malaria, tubercu-

lose), dans des maladies de l'appareil digestif (diarrhée infantile), constipation, catarrhes aigus et chroniques de l'estomac, estomac en clepsydre, gastro-succorrhée, péritonites par perforation), dans les états puerpéraux, les affections du système génital de la femme et peut-être de l'homme, dans l'évolution des maladies à lésions du système nerveux (aphasie, méningites tuberculeuses, et comme suite de l'empoisonnement par l'ergot, l'alcool, le chloroforme, l'oxyde de carbone, le plomb), dans les suites des opérations sur le corps thyroïde, par l'action du refroidissement dans les maladies dans lesquelles les échanges sont altérés (rachitisme, scrofule, ostéomalacie), dans les troubles urinaires (polyurie, glycosurie, albuminurie); on en localise les causes dans les appareils thyro-parathyroïdiens, dans les surrénales. Aucune des théories proposées n'est acceptable. On a constaté la coïncidence de la tétanie avec la maladie de Basedow et l'épilepsie. Toute rupture dans l'équilibre du système nerveux peut être une cause déterminante de la tétanie.

XIV. — *Observations cliniques et anatomiques sur un cas de méningo-myélite tuberculeuse*; par le D^r Biancone (numéro d'août). — Cet état pathologique a déjà été étudié par Raymond, Dejerine, Treohari, Schmaus, etc. Dans le cas présent, il s'agit d'un barbier de trente-six ans, dont les antécédents héréditaires étaient chargés de tuberculose et qui eut lui-même des signes de cette maladie depuis l'âge de dix-huit ans. Il fut pris un beau jour de mauvais état général avec fièvre, dont le diagnostic fut impossible à déterminer pendant cinq jours; alors apparut une céphalée terrible, des fourmillements dans les membres inférieurs, des tremblements fibrillaires des membres supérieurs, une légère difficulté de la miction. Bientôt après, paraplégie flasque, perte des réflexes rotuliens, signe de Babinsky, parésie de la vessie et du rectum, anesthésie des membres inférieurs et du pourtour de l'ombilic; décubitus acutus très précoce; peu de jours après apparut une paraplégie flasque des membres supérieurs et parésie du facial inférieur gauche, avec ptosis palpébral, strabisme divergent et stupeur qui augmenta peu à peu, mort au bout d'un mois. Pas de gonflement de la rate ni réaction positive de Widal. En somme, il s'agissait d'une méningo-myélite tuberculeuse accompagnée de méningite de la base, qui affecta une marche continue rémittente; il y eut même des taches rosées.

L'exsudat était limité et comprimait les racines antérieures et postérieures, ce qui explique les douleurs, les fourmillements,

les tremblements. L'anesthésie était commandée par une lésion destructive de la bandelette de Lissauer, des racines et des cordons antérieurs; la paraplégie flasque, par des lésions des racines antérieures spinales, très peu accusées d'ailleurs dans la moelle lombaire. On pourrait penser à une méningite transverse étendue à toute la largeur. mais il n'en était rien. Il existait, en plus des lésions de la moelle, un œdème de cet organe qui altérerait le fonctionnement des cellules sans lésions définitives. Du côté du cerveau, les symptômes étaient les mêmes que ceux du premier malade de Jacobus et de celui d'Haskovec. Il y eut prédominance des symptômes spinaux sur les symptômes cérébraux, mais l'infection fut généralisée dès le début. La maladie évolua en deux périodes : la première, prodromique, fut méningitique; la seconde, paralytique, c'est une forme analogue, mais non identique aux myélites hémorragiques aiguës de Brissaud et Leyden. Signalons l'abolition des réflexes patellaires et achilléens, qui est rare dans la méningite tuberculeuse, aussi bien que l'existence du signe de Babinski, avec une paraplégie flasque qui représente évidemment une dissociation du tonus musculaire au point de vue de l'anatomie pathologique. Il y eut des néoformations spécifiques (tubercules miliars anormaux) et des phénomènes d'inflammation : infiltration des gaines périvasculaires et des altérations des tuniques vasculaires elles-mêmes; la plus atteinte fut la zone marginale de la moelle, comme l'ont indiqué, dans ces cas, Cornil et Ranvier.

XV. — *Influence du cerveau sur la fonction des organes sexuels mâles chez les vertébrés supérieurs*; par le Dr C. Ceni (numéro d'août). — Aussi bien chez les vertébrés supérieurs que chez les inférieurs, une lésion même partielle du cerveau est capable de donner lieu à un arrêt de la spermatogénèse qui est susceptible de déterminer un processus involutif immédiatement rapide des éléments parenchymateux de la glande sexuelle mâle.

Les éléments qui sont les premiers attaqués par le processus involutif sont ceux que l'on appelle les cellules mobiles du parenchyme, c'est-à-dire les spermatocytes et les spermatides. L'involution rapide de l'organe sexuel dans ces cas, aussi bien chez les vertébrés supérieurs que chez les inférieurs, est purement transitoire et la restitution anatomique et fonctionnelle plus ou moins complète de l'organe est de règle au moins dans les lésions partielles (du cerveau; l'influence que le cerveau

exerce sur les fonctions des organes sexuels aurait son siège, sinon exclusif, du moins principal, dans des zones spéciales de l'encéphale, mais cette propriété localisée agirait sur des zones étendues sur toute la surface des glandes génitales.

XVI. — *Sur un cas d'œdème dystrophique traumatique de la main*; par le Dr Ayala (numéro d'août). — Cet état, analogue à celui décrit par Debove et Meige, sous le nom d'œdème segmentaire par trouble trophique du tissu conjonctif, s'en distingue par son origine traumatique, son importance médico-légale et sa rareté. Dans le cas présent, il s'agit d'un manœuvre de cinquante et un ans qui reçut, le 15 août 1908, une pierre plate sur le dos de la main gauche qui détermina une contusion assez violente de l'extrémité distale du dos de la main et du médus. L'œdème envahit le dos de la main entièrement, l'avant-bras, amena l'élimination de l'ongle et devint douloureux; plus tard, parésie du bras gauche. La sensibilité douloureuse est affaiblie à gauche, le chaud est mieux perçu que le froid, le sens stéréognosique est obtus, l'excitabilité électrique est normale, anesthésie cutanée en gant. Le tissu conjonctif est épaissi. Cet état est-il un trophœdème ou un trouble hystérique?

XVII. — *Sur des cellules spéciales dans les infiltrats du système nerveux*; par le Dr Perusini (numéro de décembre). — Dans les processus dégénératifs du système nerveux central, les auteurs ont décrit, parmi les types des plasmocytes dégénérés, des formes rares cristallines et lamellaires, à strates concentriques (Alzheimer, Unna); cette dégénérescence hyaline ou hyalo-colloïde des plasmocytes a reçu le nom de corpuscules de Roussel. La forme peut être polyédrique ou sphérique. Pour expliquer ces différences de forme, les auteurs ont généralement admis qu'elles dépendent de conditions mécaniques. Les sphérules et les blocs hyalins ont pour origine exclusive les plasmocytes et les lymphocytes; on peut admettre que les premiers ne sont qu'une modification et une fonction transitoire des seconds (Alzheimer, Leibereich, Nissl, Weidenreich, Joannovitz, Schaffer). Il n'y a d'ailleurs aucune limite nette entre les deux types cellulaires, encore moins entre les masses hyalines. Dans huit cas de paralysie générale examinés par l'auteur, il a constaté que les cerveaux qui contiennent des masses hyalines en grand nombre ont des réactions microchimiques particulières. Par l'alcool, les sphérules se colorent différemment que les blocs polyédriques, par exemple, avec le Nissl, les sphérules sont vertes, les blocs bleu violet;

par le bleu de toluidine, les sphères sont bleues, les blocs violet rosé; par l'hématoxyline ferrique de Heidenhain, les sphérules sont noir foncé, les blocs polyédriques jaune grisâtre et ceci, d'une façon constante. Il paraît donc que ces éléments n'ont pas la même origine les uns que les autres. L'auteur désigne, comme Alzheimer, sous le nom de cytoplasmatoctes, ceux qui donnent naissance aux sphérules, et celui de substance Y, celle qui constitue les blocs polyédriques qui dérivent des plasmatoctes qui sont de volume variable et dont le noyau est quinze à vingt fois plus gros que dans la forme vulgaire de ces éléments. Le cytoplasma est à mailles; l'aspect est différent suivant le grossissement; réfringence spéciale de l'agrégat des blocs polyédriques de substance Y et réactions spéciales aux colorants de ces éléments. Rien ne démontre actuellement qu'entre le cytoplasma et la cellule à contenu Y il y ait des éléments de passage; que les blocs et les sphérules soient deux modes évolutifs d'une même substance. Dans la paralysie générale, l'auteur n'a pas constaté de cystoplasmatoctes. La substance Y, englobée dans un plasmatocte, ne s'y modifie pas. Les plasmatoctes sont particulièrement nombreux dans les gaines vasculaires et dans la pie-mère. Les corpuscules de Roussel ne peuvent donc être que les éléments arrondis dès le début, mais il vaut mieux leur appliquer le nom de cytoplasmatoctes. La technique de différenciation des formes dégénératives des plasmatoctes doit varier avec le tissu considéré. Dans les processus méningo-encéphaliques, dans la paralysie générale notamment, les plasmatoctes à contenu Y sont nettement différenciés des cellules granuleuses, spécialement de celles qui contiennent des substances de déchet basophilo-métachromatiques décrites par Alzheimer, de celles dites improprement hydropiques, des noyaux pyroninophiles de Cerletti. Mais la question des formes de passage des unes aux autres doit être réservée. Il ne faut pas confondre les cystoplasmatoctes avec les cellules à corpuscules amyloïdes dont la structure est homogène, ni avec les sphérules hyalines endovasales de Manassé. Les recherches de Perusini confirment celles déjà anciennes de Unna (1894). Leur résultat, très différent de celui trouvé par d'autres, paraît bien lié à la diversité des méthodes colorantes employées, des cas pathologiques considérés et du lieu où ont été prélevées les pièces examinées.

XVIII. — *Psychose anxieuse confuse grave de Wernicke-Kraepelin? Observation clinique* du Dr A. Ziveri (numéro de

décembre). — Une femme de quarante-huit ans présente d'abord les symptômes classiques de la mélancolie involutive qui ne serait autre chose, si l'on en croit Dreifuss et Kraepelin, qu'une variété de la psychose maniaco-dépressive, ce qui est contesté par pas mal d'auteurs. Au bout de quelques mois, elle eut une phase de confusion nette subaiguë, rappelant complètement le délire infectieux, mais jamais elle ne présenta la moindre élévation de température. L'autopsie n'apprit rien d'intéressant, sauf une dilatation des petits vaisseaux de l'encéphale et de la moelle épinière. Quelques signes de congestion à la base du poumon. L'examen histologique manque, Ziveri se demande si ce n'est point là ce que l'on appelle psychose anxieuse confuse grave, type Wernicke-Kraepelin.

XIX. — *Sur la démence très précoce*; par le Dr G. Guidi (numéro de décembre). — Cas clinique du service du professeur S. de Sanctis. Une fillette de douze ans a une hérédité très chargée du côté maternel, on rencontre dans cette branche de sa famille de l'alcoolisme, de l'épilepsie, des migraines, de l'hystérie et de nombreux cas de syndactylie. Née dans de bonnes conditions, elle eut à huit mois des convulsions; à cinq ans, une otite moyenne purulente unilatérale; à huit ans, elle devint taciturne, distraite, incapable de comprendre des choses très simples, puis devint irascible, cassait tout chez elle, monologuait, et eut, semble-t-il, des hallucinations visuelles, elle devint gâteuse. Elle fut traitée à l'asile de Montréal au Canada, puis rapatriée en Italie; on constata l'échec absolu du traitement bromuré. L'enfant présente de la syndactylie du médius et de l'annulaire droits, de l'hopotonie faciale à droite; la thyroïde est légèrement hypertrophiée, il existe des grimaces, de la stéréotypie, la marche est asymétrique et aperiodique. L'attention ne peut être fixée. Pas de signes de Babinski ni celui d'Oppenheim. Ce cas rappelle ceux déjà publiés de Sanctis, Vedrani, Weygandt, Hetter.

XX. — *Sur l'aphasie motrice*; par le Dr Giannulli (numéro de décembre). — Un homme de cinquante-cinq ans, buveur et ancien syphilitique, est frappé en 1895 d'un ictus terminé par une hémiparésie droite; l'année suivante, nouvel ictus qui laisse à sa suite de l'hémiplégie et de l'aphasie; il se montre bientôt irritable, inquiet, méchant et méfiant vis-à-vis des personnes qui l'entourent, fait une tentative de suicide. On le transfère à l'asile en 1900, il est atteint d'hémiplégie droite spastique, avec atrophie musculaire, les nerfs craniens du côté

droit participent à l'hémiplégie, les pupilles sont rétrécies, les réflexes iriens à la lumière et à l'accommodation sont lents, l'acuité visuelle est tombée à un tiers, le battement d'une montre n'est perçu qu'à 0^m30, la sensibilité sous tous ses modes est très diminuée à droite, la parole spontanée est absolument abolie, il ne lui reste plus que deux mots. « Si » (oui) qu'il prononce « shih » et une interjection en patois piémontais « ostia », il y a aussi diminution de la compréhension du langage parlé et alexie, il reconnaît les objets et les lettres de l'alphabet, il pouvait écrire en majuscules de la main gauche, signait son prénom, traçait des lettres; il ne pouvait écrire sous dictée, la mimique était très réduite. Il mourut en 1905 de broncho-pneumonie. A l'autopsie, adhérences de la dure-mère à gauche, cette membrane a une coloration jaunâtre, la pie-mère est trouble et épaissie, se décortique facilement, les sillons sont amincis au niveau du lobe temporal gauche, ramollissement et destruction de toute l'épaisseur de la substance grise au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes de l'opercule rolandique du lobule paracentral. Seule une faible partie de la moitié postérieure du tiers moyen de la pariétale ascendante est intacte : autre perte de substance dans les trois quarts du cinquième postérieur de la circonvolution temporale moyenne. Diminution de la consistance au niveau du gyrus supra-marginal et du gyrus angulaire. Il existe donc des lésions du cortex par atrophie et des lésions secondaires par suite du ramollissement si étendu que nous venons de signaler; les faisceaux arqué, crochu, fronto-occipital, fronto-central, centro-pariétal à l'exception du faisceau sagittal externe de Sanctis, la moitié gauche du corps calleux, le thalamus, le noyau lenticulaire et quelques segments de la partie postérieure du globus pallidus sont atteints de dégénérescence secondaire. La théorie de Broca est évidemment ici en défaut, l'auteur conclut d'une discussion que le mutisme comme l'agraphie pure et simple ne peuvent être attribués à un siège anatomique corticalement différencié, ces deux phénomènes cliniques se réduisent à la simple expression d'une incapacité fonctionnelle circonscrite à quelques actes déterminés (parole, écriture) et trouvant leur siège anatomique dans le voisinage des circonvolutions rolandiennes. Par leurs signes cliniques et anatomiques, ils rentrent complètement dans le cadre de l'apraxie de Liepmann. C'est l'apraxie phasique. Cependant il y a des mutismes et des agraphies qui ne rentrent pas du tout dans cette

catégorie d'apraxie, ce sont celles qui se rapportent secondairement aux altérations des centres symboliques acoustiques et optiques et devraient, pour Gianulli, être étiquetées mutisme et agraphie agnosiques. La crise que traverse actuellement l'étude de l'aphasie motrice permet une conception anatomoclinique plus simple qui orienterait les formes réellement asymboliques, vers les sphères acoustiques et optiques et celles de l'expression du langage dans la catégorie des apraxies localisées à la zone rolandique.

XXI. — *Contribution à l'étude de la polioencéphalite aiguë hémorragique supérieure*; par le D^r Costantini (numéro de décembre). — L'affection, d'après Wernicke, comprend des troubles très accusés de la sensibilité sous ses divers modes des troubles des muscles de l'œil et des phénomènes ataxiques. Anatomiquement, elle est caractérisée par de petites hémorragies punctiformes dans la substance grise des 3^e et 4^e ventricules et de l'aqueduc de Sylvius. L'auteur résume les cas connus et en rapporte une observation personnelle. La cause de la maladie ne serait pour Bonhoeffer et Schrader, dont Constantini adopte l'opinion, qu'un complexe symptomatique banal qui doit ses particularités à celles de sa localisation. Macroscopiquement, il y a des foyers hémorragiques plus ou moins étendus dans la zone que nous venons d'indiquer; histologiquement, ce sont des processus hémorragiques avec phlogose.

XXII. — *Le séro-diagnostic de Wassermann dans la paralysie progressive et dans les syndromes paralytiques formés*; par le D^r Baccelli (numéro de décembre). — L'auteur a examiné vingt et un cas de paralysie générale et vingt-quatre cas de pseudo-paralysie générale. Dans les cas d'alcoolisme chronique à symptômes très graves déterminant des syndromes paralytiques, les résultats furent constamment négatifs. Dans les démences non syphilitiques précoces, organiques ou séniles, avec troubles de désintégration cérébrale, il en fut de même, exception faite de deux malades ayant eu la syphilis dans leur jeunesse et atteints de démence précoce. L'examen du liquide céphalo-rachidien a donné pour les mêmes sujets des résultats identiques à ceux obtenus de l'examen du sang. La réaction de Wassermann est constamment positive là où a existé la syphilis, tel est le résultat presque constant dans la paralysie générale 80,9 p. 100.

XXIII. — *Sur la sensibilité électrique et sur quelques nouveaux appareils (polyesthésiomètre) pour en déterminer la*

spécificité; par le D^r Tamburini (numéro de décembre). — Baglioni prétend que les sensations électriques ne sont point distinctes des diverses sensibilités cutanées (tactiles, dolorifiques, de pression, thermiques, etc.), tel n'est pas l'avis de Tamburini. Il applique un rhéophore sur la peau sans que le courant y passe, il se produit des sensations de contact de chaud ou de froid, de pression et même de douleur si le rhéophore est pointu, puis on fait passer le courant, il y a une sensation spéciale qui devient douloureuse si le courant est intense; tels sont les esthésiomètres électriques de Buccola et de Eulenburg, tels sont les résultats des expériences de Brenner. Le courant faradique donne d'après quelques-uns des sensations vibratoires; mais, si l'on arrive à obtenir un appareil qui donne avec ou sans intervention du courant faradique, le même nombre de vibrations et si la sensation perçue n'est pas la même pour les deux espèces de sensations, la question sera tranchée. Tel est le dispositif du diapason à interruptions faradiques équivalentes que Tamburini a fait construire sur les indications du professeur Schmigaglia, d'Ancone, ce diapason à électro-aimant est analogue à celui que les laryngologistes emploient pour produire des vibrations sur le nez et sur le pharynx. L'auteur a démontré, au moins il en est persuadé, la non identité des sensations électro-faradiques et des sensations de vibration. Baglioni invoquait à l'appui de son opinion contraire ce fait que, pour une région déterminée, la sensibilité dolorifique et la sensibilité électrique obéissent aux mêmes lois : ceci ne prouverait pas l'identité. Mais il n'en est pas ainsi, l'expérience montre que, quand le courant électrique est inférieur à 5 volts, il y a une sensation de fourmillement qui augmente jusqu'à 5 volts et qui est analogue à ce que révèle l'esthésiomètre de Frey appliqué à la langue. Lorsque l'intensité dépasse 5 volts, on a la sensation de piqure d'épingle qui à 7 volts fait place à une sensation de cuisson. L'auteur a fait construire pour vérifier sa proposition un polyesthésioscope, en collaboration avec MM. Mario Sereno et Schingaglia, qui lui a démontré que la sensation électrique n'est réductible à aucune autre. Ces nouveaux appareils assez dispendieux, il est vrai, pourraient avoir leur raison d'être dans les laboratoires de clinique.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Psychiatrie; par le D^r E. Régis, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux, 5^e édition, 1 vol. grand in-18° de 1.230 pages, Paris, Octave Doin et fils, 1914.

M. Régis est un homme heureux : en une même année, il a été nommé professeur titulaire de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux, et il a vu la publication de la cinquième édition de son *Précis de psychiatrie*. Ce bonheur, qui n'a pas de jaloux, est à tous égards mérité; il se justifie par une vie tout entière consacrée à notre spécialité, par un enseignement qui a porté ses fruits, par des travaux scientifiques du plus haut intérêt, dont le plus important sans conteste est le volume, bien connu de tous les médecins aliénistes, qui a servi de guide à plusieurs générations d'étudiants en médecine, dans l'étude si complexe et si délicate des maladies mentales.

Notre regretté collaborateur Doutrebente, qui a rendu compte dans les *Annales* des quatre premières éditions du *Précis* de M. Régis, en a fait ressortir les qualités essentielles : la clarté d'exposition, la méthode dans l'exposé des matières, les descriptions nettes et précises, la profonde érudition. Je n'ai rien à retrancher à ces éloges, j'y ajouterais plutôt. Mais ce que Doutrebente s'est appliqué surtout à mettre en lumière dans ses divers articles, ce sont les développements qu'ont pris, d'une édition à l'autre, certains chapitres, les chapitres nouveaux qu'il a fallu introduire, par suite des faits nouveaux que l'observation nous a fait connaître, et des théories nouvelles que ces faits ont permis de construire. Les faits nouveaux bien observés ne sauraient être mis en discussion, il n'en est pas toujours de même des théories, des synthèses qu'on a édifiées à l'aide de ces faits, et, il faut l'avouer, beaucoup de ces synthèses, de ces théories, que la médecine mentale a vues naître en ces derniers temps, sont très discutables et s'évanouiront sans doute à la lumière de faits nouveaux.

Parmi les principales additions apportées par M. Régis dans la nouvelle édition de son ouvrage, il faut signaler d'abord, à propos de la question de l'hérédité des maladies mentales, un paragraphe sur l'*eugénétique* qui « a pour but, par la connaissance et la suppression des causes morbides, l'amélioration individuelle et sociale de la descendance ». Une addition plus importante est celle consacrée à l'*émotion sexuelle, psycho-analyse de Freud*. Cette théorie, d'importation viennoise, a fait beaucoup de bruit, mais n'en est pas pour cela plus claire. M. Régis s'est efforcé de l'exposer avec sa clarté habituelle. A-t-il réussi à convaincre ceux qui sont réfractaires aux théories de l'école de Vienne et à ses exagérations? J'en doute. Lui-même a émis des réserves très justifiées.

« Il est, en effet, excessif, dit-il (page 41), de tout rapporter à une émotion sexuelle ancienne, refoulée dans le subconscient, et c'est avec raison qu'on s'élève de divers côtés contre le « pansexualisme » de Freud.

« D'autre part, à supposer que toute psycho-névrose se rattache à un complexe émotif antérieur — ce qui n'est pas et ce qui réduirait à bien peu de chose le rôle des autres facteurs étiologiques — les méthodes employées par Freud et ses disciples pour déceler ce complexe et le mettre à jour sont, pratiquement, très infidèles et très incertaines.

« Enfin, même lorsque la cause psychique d'un état morbide est connue, il n'est point facile, tant s'en faut, de guérir cet état morbide, fût-ce en agissant sur cette cause psychique, souvent très adhérente et très résistante. »

Il serait bien long d'énumérer toutes les additions dont M. Régis a enrichi la nouvelle édition de son *Précis* et qui témoignent de son souci de se mettre au courant des progrès incessants de notre spécialité. Toutefois je m'arrêterai au chapitre consacré aux *Psychopathies des maladies exotiques*. C'est là, en quelque sorte, un sujet neuf, sur lequel notre savant confrère a déjà appelé l'attention dans les éditions antérieures, mais dont il a cette fois présenté un tableau d'ensemble du plus haut intérêt. Il y a là des pages d'une lecture attachante sur les psychoses d'insolation, sur l'opiumisme et le haschichisme, sur les psycho-névroses du paludisme, sur la maladie du sommeil, etc. Quelque résumées que soient ces descriptions des troubles mentaux qui s'observent dans les différentes affections observées dans les pays chauds, elles sont vivantes, se gravent dans la mémoire et font penser. « Ce chapitre, dit modeste-

ment l'auteur, je n'ai pu l'écrire qu'avec le concours de nombreux médecins de la marine et des colonies, pour la plupart mes anciens élèves. » J'exprime le vœu que M. Régis, soit seul, soit avec la collaboration de ses anciens élèves, nous donne une monographie détaillée et aussi complète que possible de ces *Psychopathies des maladies exotiques* dont il nous donne un tableau rapide, mais si suggestif, dans le chapitre de l'intérêt duquel notre rapide analyse n'a pu donner qu'une bien faible idée.

On se demande naturellement comment sont traitées ces maladies mentales exotiques. M. Régis nous l'apprend à la page 1026 de son *Précis*. « La France, dit-il, dont le domaine colonial est aujourd'hui immense, n'y a rien fait ou presque pour l'assistance des aliénés... Aucune de nos colonies nouvelles n'est pourvue d'un établissement pour aliénés : ni l'Indo-Chine, ni le Sénégal, ni la Tunisie, pas même l'Algérie pourtant si vaste, si peuplée, si riche et qui nous appartient depuis près d'un siècle. » Ainsi qu'on le voit, le traitement des folies aux colonies n'existe pas; mais on rapatrie en France nos nationaux-aliénés et on y expatrie « les malheureux aliénés arabes, sénégalais, etc., qui viennent misérablement mourir pour la plupart de tuberculose dans les asiles métropolitains où personne ne les entend, ne les comprend, et ne peut les assister de façon efficace ». Ce douloureux tableau n'est que trop exact, comme pourraient le certifier nos collègues de certains asiles des départements du Midi, où viennent échouer ces malheureuses épaves des colonies. M. Régis espère qu'un remède sera bientôt apporté à ce mal et que sera bientôt organisée, « avec une législation appropriée, une assistance modeste, mais suffisante et convenable, et digne de notre pays ». Nous en acceptons l'augure; mais on nous pardonnera bien d'être un peu sceptique, car, en fait d'amélioration de l'assistance des aliénés, il y a loin en France du désir à la réalisation.

La meilleure preuve en est la revision de la loi du 30 juin 1838, sur laquelle M. Régis a appelé l'attention de ses lecteurs dans un *Appendice*, page 1064; cette loi est sur le métier depuis près d'un tiers de siècle. Commencée au Sénat en 1886, elle se promène depuis lors du Sénat à la Chambre des députés et de celle-ci au Sénat, où elle est actuellement en instance. Ces multiples voyages, s'ils n'ont pas encore abouti à une solution définitive, ont eu toutefois ce résultat inattendu, c'est que cette loi de 1838, tant critiquée, a fini par être

trouvée meilleure que ne le disaient ses détracteurs et plus d'un de ceux qui ont demandé sa mort avouent aujourd'hui qu'il suffirait de quelques modifications nécessitées par le progrès de la science pour la rendre excellente.

Mais je m'arrête. J'ai beaucoup loué M. Régis, et avec raison ; je veux, en finissant, répondre à une critique que certains esprits chagrins ont cru devoir faire à son livre. Ils lui reprochent de trop pencher, dans cette nouvelle édition, vers les idées allemandes. Il y a là une notable exagération. Notre savant confrère a dû nécessairement donner place dans son *Précis* aux idées et théories qui nous viennent d'outre-Rhin et que d'aucuns considèrent comme le *nec plus ultra* de la pathologie mentale. De ces idées et théories les unes sont bonnes, les autres mauvaises. M. Régis, en critiquant ces dernières et en admettant les premières, n'en a pas moins suivi, dans l'ensemble de son savant ouvrage, la voie directrice tracée par l'école clinique française qu'ont illustrée tant de nos maîtres du siècle dernier. Il n'a pas cherché, comme d'autres, ses inspirations dans la science allemande, beaucoup trop vantée à mon avis et qui n'est pas toujours la vraie science. Pour cette raison son livre, devenu classique, mérite l'élogieuse approbation de tous les aliénistes, plus nombreux qu'on ne pense, qui sont restés fidèles à la tradition de la médecine mentale française.

ANT. RITTI.

Pazzia d'imperatore o aberrazione nazionale? (Folie d'empereur ou aberration nationale?) ; par le Dr Ernesto Lugaro ; brochure in-8° extraite de la *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, année XX, fasc. 7, 1915.

La guerre que nous subissons a suscité sur ses causes, ses origines, ses modalités, maints articles, les uns très sérieux, les autres assez superficiels. Mais voici que, non seulement dans des journaux politiques, mais même dans des revues ou des livres, on a voulu faire intervenir la médecine pour démêler les causes du massacre. Il aurait mieux valu que la médecine, en l'espèce la médecine mentale, s'abstînt ! Heureusement pour nous, aliénistes, que ceux qui l'ont appelée à l'aide ne sont pas tous des aliénistes ni même des médecins ! Nous connaissions déjà cela : réunir des documents de deuxième main sur la santé

de tel ou tel personnage célèbre, vivant ou mort, afin de proclamer avec certitude un diagnostic, est un exercice qui a déjà été pratiqué, et dans tous les pays, ce qui ne le rend pas meilleur pour cela d'ailleurs. Quand on réfléchit combien de fois le clinicien le plus expérimenté se trompe lorsqu'il a le malade sous les yeux, on ne s'étonnera pas d'apprendre que de pareils travaux inspirent, en général, à ceux qui ont un peu d'esprit critique une incurable méfiance et déconsidèrent la médecine aux yeux des gens qui réfléchissent (1). Mais prétendre que Guillaume II et François-Joseph sont des malades d'esprit et que c'est à cause de cela que nous assistons à la guerre actuelle, c'est vraiment exagérer les défauts et les inconvénients de ce genre de littérature. M. Ernesto Lugaro est sévère pour ces tentatives malheureuses, et je l'en loue. Il montre combien d'abord les diagnostics sont superficiellement établis, ensuite combien est invraisemblable l'idée que la folie de Guillaume se soit diffusée à tout le peuple allemand. Mais, dit-il, « mise à la porte, la psychiatrie tente de rentrer par la fenêtre avec le prétexte d'une psychose collective. L'état mental des Allemands a été un fait comparé à celui des affiliés à certaines sectes de fanatiques, qui pullulent rapidement de temps en temps, nous faisant presque assister à la naissance de nouvelles religions ». Avec beaucoup de bon sens, il montre enfin que les aliénistes n'ont pas voix au chapitre : « Nous ne nous trouvons pas en face de souverains aliénés qui ont entraîné leurs peuples ; nous nous trouvons en face d'une *nation dangereuse*, l'Allemagne. » Pourtant, il admet que cette nation est en proie à une « aberration » collective et il admet que la « guérison » est possible. Ces expressions et d'autres me paraissent capables de faire rouvrir la porte ou la fenêtre à la psychiatrie, ce qui serait déplorable. Quoi qu'il en soit, vis-à-vis d'une nation dangereuse, M. Ernesto Lugaro reconnaît qu'il n'y a que la force d'abord. Je l'approuve pleinement : que la psychiatrie apprenne à ne parler que quand elle a vraiment quelque chose à dire. Pour le moment, la parole est au canon.

PH. CHASLIN.

(1) Je fais exception pour quelques rares ouvrages tels, par exemple, ceux d'Auguste Brachet, qui ont coûté un travail considérable et révèlent des connaissances médicales et historiques de premier ordre.

Le sindrome epilettiche nella clinica contemporanea (Les syndromes épileptiques dans la clinique contemporaine); par le Dr M. Ferrari. Broch. in-8°. Extrait de la *Clinica italiana*, 1914.

Y a-t-il des épilepsies idiopathiques essentielles, états pathologiques *sine materia*? Il semble que plus la science progresse plus on rejette cette conception. L'auteur considère comme cause de l'épilepsie dite essentielle la dyssimétrie anatomique fonctionnelle et psychique de l'axe encéphalo-rachidien, séquelle de troubles pathologiques survenus, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant la première enfance. Cette théorie unit, par conséquent, en une seule la théorie des lésions scléreuses de l'axe encéphalo-rachidien survenues très tôt, et celle des dyssimétries encéphaliques, toutes deux proposées déjà séparément par divers auteurs. On se rappelle que Lasègue voyait dans l'asymétrie cranio-faciale, et surtout dans celle du trou occipital, la cause du *morbus comitialis*; mais, d'après Ferrari, la lésion du squelette serait postérieure et effet de la lésion du cerveau. Ferrari abandonne la théorie de l'épilepsie, terme ultime de la série dégénérative; mais il maintient au mot épilepsie le sens énorme que Lombroso lui a attribué en Italie; il lui rattache même, dans une certaine mesure, comme Murri et Negro, les chorées infantiles, les blépharospasmes, les polyclonies. La crise épileptique, ses équivalents, même le caractère épileptique, sont fonction des phénomènes d'intoxication des humeurs (sang, liquide céphalo-rachidien) d'origine exogène ou endogène, de même certains troubles de la réflectivité.

L. WAHL.

Lesione cerebrale con anomalia viscerale in un caso di epilessia (Lésions cérébrales avec anomalies viscérales dans un cas d'épilepsie); par les Drs M. Ferrari et D. Borelli. Broch. 11 pages. Extrait de la *Liguria medica*, 1913, n° 20.

Les auteurs admettent que l'épilepsie a pour cause une asymétrie anatomique fonctionnelle et psychique des diverses portions de l'axe cérébro-spinal en relation avec des états pathologiques divers survenus pendant la vie intra-utérine ou la première enfance. En coïncidence avec ces asymétries, divers auteurs ont signalé des asymétries du thorax ou des membres, des hypoplasies du cœur, des atrésies de l'aorte, l'estomac en clepsydre.

Ferrari et Borelli insistent sur l'importance de cette constatation et rapportent l'exemple suivant : Une fille de dix-huit ans eut des crises d'épilepsie, dès l'âge de trois ans et demi, qui aboutirent à la démence confirmée. Asymétrie faciale. Troubles nombreux de la réflectivité : l'hémisphère gauche présentait de la pseudo-porencéphalie avec hydrocéphalie et sclérose du cortex au niveau du centre verbo-optique de Déjerine et des parties voisines. Le cervelet participe à cette lésion en ce sens que son lobe droit est moins développé que le gauche (lésion croisée). Le poumon droit est bien moins lourd que le gauche (325 grammes au lieu de 380) et a des adhérences pleurales. Le cœur est petit, de même le foie, la rate, l'ovaire droit. Physiologiquement, il y avait, à droite, hypoesthésie, atrophie musculaire, exagération des réflexes, rétrécissement du champ visuel, et enfin bradylalie. On peut rapprocher ces symptômes et ces lésions des résultats obtenus sur les testicules des coqs décérébrés par Ceni.

L. WAHL.

Contributo clinico ed anatomo pathologico allo studio della regione mediale des lobi prefrontali (Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la région médiane des lobes préfrontaux); par le D^r M. Ferrari. Atti del IV^e Congresso della Societa italiana de neurologia. Firenze, Tipografia Galileana, 1914.

Un homme de cinquante ans est pris de douleurs frontales intenses qui allèrent en augmentant, d'asthénie des membres inférieurs, de vertiges et d'acinésie, puis d'un léger ictus; on constate alors de la lenteur des mouvements actifs, du tremblement intentionnel, hypertonie musculaire, légère exagération des réflexes tendineux et cutanés des membres, marche un peu titubante et à petits pas; oscillations dans les haltes brusques et subites; plus tard, signe de Romberg; gâtisme intermittent, retard des sensations et bientôt dépression psychique allant jusqu'à la démence, avec périodes épisodiques d'agitation nocturne qui amenèrent l'internement. Les yeux présentaient de la ptose palpébrale, du nystagmus horizontal léger et de la stase papillaire. Le Wassermann fut toujours négatif. Mort dans le coma. A l'autopsie, artères de la base légèrement indurées; masse centrale néoplasique s'étendant de l'extrémité antérieure du corps calleux à la pointe du lobe temporal, envahissant le

septum lucidum et le trigone, s'étendant à droite jusqu'à la tête du noyau caudé et du corps lenticulaire, débordant même sur la capsule interne. Histologiquement, on reconnut un gliosarcome. On peut remarquer l'absence de satyriasis, de boulimie et d'anxiété et la prédominance des troubles généraux sur les symptômes locaux.

L. WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Sixty-first annual report of the trustees for the Taunton state hospital for the year ending 30 novembre 1914. 64 pages in-8°, Boston, 1915.

PAUL-LOUIS LADAME. Psychologie militariste et pangermanique. Les causes prochaines et immédiates des atrocités. Une page d'anthropologie criminelle. 50 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, numéro du 15 décembre 1914.

CHARLES H. NORTH. Fifteenth annual report of the medical superintendent of the Dannemora state hospital, Dannemora. N.-Y., for the year ended, 30 septembre 1914, 26 pages in-8°, S. l. n. d.

First annual report of the general board of Control for Scotland. 242 pages in-8°. Glasgow, 1915.

ERNESTO LUGARO. Pazzia d'imperatore o aberrazione nazionale? 32 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*. 1915, fasc. 7.

WILLIAM BROWNING. The etiology of stammering, and methods for its treatment. 124 pages in-8° du *Neurographis*, juin 1915.

BOURGET. Quelques erreurs et tromperies de la science médicale moderne. 4^e édition, 1 vol. in-18 de 156 pages. Paris, Payot et C^{ie}, 1915.

Trebales de la Societat de biologicà. Any segón 1914. Publicats sota de la direcció de A. Pi Suñer. 1 vol. in-8° cartonné, de 279 pages. Barcelone, 1915.

The eighty-eighth annual report of James Murray's royal asylum. Perth. 37 pages in-8° avec planches. Perth, 1915.

ARNOLD VAN GENNEP. Le génie de l'organisation. La formule française et anglaise opposée à la formule allemande. 114 pages in-16. Paris, Payot et C^{ie}, 1915.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Le *Journal officiel* du dimanche 28 novembre 1915 a publié une liste de noms de personnes que le Gouvernement porte à la connaissance du pays pour leur belle conduite. Parmi ces personnes se trouve M. SIMONET, directeur de l'asile de Bailleul (Nord).

Citation à l'ordre du régiment. — Nous enregistrons avec plaisir la citation suivante obtenue par M. le D^r Hannard, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord) :

« D^r PIERRE HANNARD, médecin aide-major de 2^e classe au 328^e d'infanterie, 4^e bataillon : A fait preuve, dans des circonstances difficiles et dans des conditions très pénibles, d'un dévouement inlassable, dans un bombardement constant ; a pensé pendant trois jours et trois nuits plus de trois cents blessés, provenant des combats des..., et a refusé tout repos jusqu'à leur évacuation complète.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 14 décembre 1915, sous la présidence de M. MAGNAN, président.

Parmi les nombreux prix et récompenses décernés, nous relevons les suivants, concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX DU BARON BARBIER. — 2.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

500 francs à M. le D^r A. RODIET, médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) : *Plusieurs essais de traitement de l'épilepsie. Observations cliniques* ;

500 francs à M. le D^r ROGER VOISIN, de Paris : *Ensemble de travaux sur les méningites*.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Des formes cliniques du zona*. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D^r MÉNÉAU, médecin consultant à La Bourboule.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le D^r MICHEL REGNARD, de Paris : *Contribution à l'étude anatomo-clinique des monoplégies d'origine corticale, monoplégies totales et monoplégies partielles.*

Des mentions sont accordées à :

M. le D^r STEPHEN CHAUVET, de Paris : *L'infantilisme hypophysaire (précédé d'une introduction à l'étude des infantilismes et d'une classification des syndromes hypophysaires)* ;

M. le D^r R. BENON, médecin de l'hospice général de Nantes : *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques* ;

M. le D^r RENÉ CRUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux : *Traité des torticolis spasmodiques ; spasmes, tics, rythmies du cou, torticolis mental, etc.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à MM. les D^{rs} R. BENON et A. LEGAL, médecins de l'hospice général de Nantes : *Etude clinique de la démence épileptique.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les sujets des prix proposés pour les années 1916, 1917 et 1918. Voici les questions relatives à la médecine mentale et nerveuse pour ces trois années :

ANNÉE 1916.

PRIX BAILLARGER. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX DU BARON BARBIER. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.200 francs.

Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *Rôle de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des encéphalopathies infantiles.*

PRIX FALRET. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 700 francs. — Question : *Psychologie pathologique des hallucinations.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

ANNÉE 1917.

PRIX BARBIER. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs.

Voir les conditions plus haut.

PRIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *Les réflexes d'automatisme médullaire.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.

Voir les conditions plus haut.

PRIX LEFÈVRE. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.

Voir les conditions plus haut.

ANNÉE 1918.

PRIX BAILLARGER. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.000 francs.

Voir les conditions plus haut.

PRIX BARBIER. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs.

Voir les conditions plus haut.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.200 francs.

Voir les conditions plus haut.

PRIX CIVRIEUX. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *L'hémiplégie cérébelleuse.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.

Voir les conditions plus haut.

PRIX HERPIN (de Metz). — Anonymat obligatoire. — Partage autorisé. — 1.200 francs. — Question : *Traitement abortif de la paralysie générale et du tabes.*

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.

Voir les conditions plus haut.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE, L'OPIMUM.

Arrestations de vendeurs de stupéfiants. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du dimanche 24 octobre 1915) :

Les inspecteurs spéciaux chargés de rechercher les trafiquants de cocaïne ont arrêté, hier, les femmes Georgette Sivrac, vingt-six ans; Thiébaud, vingt et un ans; et Lucile Leneuf, dite « la Panthère », vingt-quatre ans, demeurant en garni, 2, rue Duperré. Elles remettaient de la cocaïne à certaines femmes qui, n'ayant pas d'argent, les suppliaient de prendre en échange leurs fourrures. Sur la femme Leneuf, dite « la Panthère », on a trouvé une ordonnance d'un D^r R... qui lui permettait de se procurer de la cocaïne chez les pharmaciens sous prétexte de désintoxication.

— On lit dans le *Petit Journal* (numéro du vendredi 10 décembre 1915) :

Une nouvelle bande de trafiquants de cocaïne, la plupart étrangers, vient d'être arrêtée par les soins des inspecteurs spéciaux de M. Thierry, commissaire de police du quartier Saint-Georges. Ce sont : Marco Schenardi, vingt-quatre ans, 37, rue de Constantinople, citoyen suisse; Alfred Blumenfeld, trente-quatre ans, sujet roumain, 71, rue de Douai; Bernard Groswald, trente ans, sujet roumain, et Joseph Zemour, vingt-trois ans, algérien. Ils ont pris le chemin du Dépôt.

Devant les tribunaux. — On lit dans le *Journal* (numéro du dimanche 24 octobre 1915) :

Une bande de trafiquants de cocaïne avait comparu naguère devant les juges de la dixième chambre, qui leur avaient infligé à chacun un mois de prison et 1.000 francs d'amende.

L'un d'eux, un nommé Skrowski, crut devoir interjeter appel. Ah ! la mauvaise inspiration qu'il eut là !...

Sur les réquisitions de M. l'avocat général Pierre de Casabianca, la chambre des appels correctionnels vient d'infirmar la décision des premiers juges et a condamné le trafiquant à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du mardi 26 octobre 1915) :

Le trafiquant de cocaïne Camille-Eugène Galliot, âgé de trente ans, en raison de son teint bistré et de ses cheveux crépus, est surnommé, à Montmartre, parmi ceux voués à la terrible drogue, le « nègre ». Il est né à la Guyane. Au mois d'août dernier, il fut pincé, place Blanche, vendant un paquet de cocaïne à une jeune femme, pour le prix de 5 francs. Il en possédait sur lui 25 grammes. Galliot avait réussi à se faire admettre, au commencement de l'année, dans la 6^e section des infirmiers, à Châlons-sur-Marne.

N'ayant pas signé d'engagement, il put quitter l'armée sans être inquiété, à la suite d'observations qui lui furent adressées. En effet, Galliot avait réussi à amasser un pécule de 2.000 francs, grâce aux commissions que lui donnaient les fabricants de cercueils non fournisseurs de l'hôpital auxquels il adressait les familles des militaires décédés. Revenu à Paris, il dissipa vite cet argent et c'est alors qu'il se livra à la vente des substances vénéneuses.

Le « nègre » a été condamné, hier, par la 3^e chambre correctionnelle de la Seine, à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du samedi 6 novembre 1915) :

Les trafiquants de la cocaïne et d'autres substances stupéfiantes, qui sont presque tous à Montmartre, sont impitoyablement poursuivis. Hier, la 10^e chambre correctionnelle de la Seine a condamné, après plaidoiries de M^{es} Pichou, Panthès et Auvillain, les nommés Haentgens, Francis Gobert, Umberto, Ranci et François Abbès à des peines de un mois et quinze jours de prison. Le dernier, qui est pharmacien, a été frappé de 16 francs d'amende.

La 8^e chambre, pour des faits analogues, a condamné à quinze jours de prison et 50 francs d'amende, le nommé Jean Magendie, garçon dans un hôtel meublé de la rue Pigalle, qui vendait à des clients de passage des paquets de cocaïne.

— On lit dans *le Journal* (numéro du mercredi 24 novembre 1915) :

La 10^e chambre correctionnelle, sous la présidence de M. Hubert du Puy, vient de juger les tenancières de deux fumeries d'opium, lesquelles étaient d'habitude fréquentées par des militaires.

L'une de ces fumeries, exploitée villa Croix-Nivert, par M^{me} Catherine Bœuf, avait été dénoncée par la locataire du quatrième étage, qui avait eu fréquemment à se plaindre de l'odeur d'opium qui se dégageait dans l'immeuble.

L'autre fumerie, installée dans une maison voisine, était tenue par M^{me} veuve Jean Hubert et sa nièce, M^{lle} Blanche Le Bee.

La prévention relevée contre les trois tenancières était ainsi libellée : « Avoir favorisé la détention et l'emploi prohibé de l'opium en consentant l'usage, ou par tout autre moyen. »

Après plaidoirie de M^e Ernest Masson, le tribunal a condamné M^{me} Catherine Bœuf à un mois de prison avec sursis et 500 francs d'amende; M^{me} veuve Hubert à un mois de prison et 500 francs d'amende; sa nièce à quinze jours de la même peine et 500 francs d'amende.

Contre le trafic de la cocaïne il faut agir vite et frapper fort.
— Sous ce titre le *Petit Journal*, qui a mené une campagne très active contre les trafiquants de stupéfiants, publie, dans son numéro du dimanche 7 novembre 1915, un article très intéressant que nous croyons devoir reproduire :

« Le danger de la cocaïne, — les rapports de police et les comptes rendus judiciaires en font foi — devient de plus en plus pressant. L'appel que le D^r Doizy, député, a adressé récemment au ministre de l'Intérieur pour l'inviter à faire signer le décret en préparation contre les substances stupéfiants vient donc à son heure. La Ligue des Droits de l'Homme a fait, elle aussi, cette constatation pénible que la consommation de la cocaïne a augmenté depuis la guerre et elle a émis le vœu que la détention, la circulation et la mise en vente de la cocaïne soient empêchées par un texte légal, immédiatement applicable. « Cette mesure apparaîtrait, dit-elle, « comme le complément nécessaire de l'interdiction récemment « prononcée contre l'absinthe. »

« Ces appels ont été entendus. Le ministre a fait connaître que le projet de décret était en discussion devant le Conseil d'Etat; les mesures répressives nouvelles demandées par l'opinion ne sauraient donc tarder à être mises en vigueur.

« C'est que les trafiquants de la drogue stupéfiante pullulent et qu'ils usent de ruses de toutes sortes pour écouler leur poison. Quelques-uns d'entre eux ont une réputation... solidement établie à Montmartre.

« Celui que les initiés ont surnommé Grand-Père est un bonhomme très prudent. Ancien déporté exclu de l'armée, il avait plusieurs tours dans son sac pour dépister la police à l'époque récente où il avait encore des loisirs, car, depuis, il a été mis, du moins pour un certain temps, hors d'état de nuire.

« Grand-Père avait plusieurs domiciles à Paris. Tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre, il emmenait les clients qu'il racolait dans les bars. Vendeur et client se comprenaient d'un simple geste. Un consommateur portait sa main au nez, il sortait; le client le suivait jusque dans une de ses nombreuses chambres et recevait de lui la funeste drogue.

« Son arrestation a amené d'intéressantes découvertes. En commerçant avisé, il soignait la présentation de sa marchandise. Il la vendait en petits flacons comme échantillons bon marché, en petits paquets cachetés à son chiffre, en gracieuses boîtes portant la mention de véritables firmes commerciales.

« La tenancière d'un bar de Montmartre était aussi une malicieuse vendeuse. Qui aurait pu deviner que des sabots placés au bas de l'escalier de la cave de l'établissement cachaient le funeste produit? Il a fallu aux agents de la Sûreté beaucoup d'ingéniosité pour découvrir le pot aux roses. Trafiquants et clients ne parlaient jamais. Un geste convenu suffisait. Aussitôt la patronne de quitter comptoir et salle et descendre chercher le petit paquet pour le client qui réglait tout en payant sa consommation.

« La femme, qui est connue sous le nom d'un souple fauve, faisait mieux : elle emmenait le client à son domicile. Quand il était gris, elle revêtait une cagoule noire et le faisait étrangement « visionner ». C'étaient des excentricités inimaginables. Elle avait des amis riches qui lui procuraient la « coco » qu'elle revendait. Chaque fois qu'elle était arrêtée, elle les dénonçait pour atténuer sa part de responsabilité. Un docteur aimable lui avait délivré une ordonnance diagnostiquant la désintoxication. Elle s'en servait également pour se faire délivrer la poudre chère à sa passion et à son commerce.

« Pour déjouer les ruses de la police, des marchands de vins aussi se firent les complices rémunérés des vendeurs de « coco ».

« Les trafiquants venaient chez eux déposer une enveloppe contenant un ou plusieurs petits paquets. Ils y inscrivaient l'adresse et la tendant au patron : « Vous remettrez ceci à M^{me} X..., s'il vous plaît. »

« Peu de temps après M^{me} X... venait prendre une consommation, le garçon lui glissait l'enveloppe, et le tour était joué.

« Quelques hôteliers s'en mêlèrent en logeant chez eux les trafiquants qui offraient de la cocaïne aux locataires. La patronne savait adroitement mettre en relations clients et vendeur. Elle attirait chez elle des néophytes qui ne tardaient pas à devenir des cocaïnomanes invétérés.

« M. Thierry, commissaire de police du quartier Saint-Georges, reçoit des plaintes journalières. Une femme émue de voir sa sœur perdre, après s'être adonnée à la « coco », les

sentiments de la famille, et se laisser entraîner vers un gonffre insondable, demande au commissaire son concours. Elle dit : « Il n'y a que vous, monsieur le commissaire, qui pouvez ramener notre brebis égarée au bercail. » Une autre écrit : « Monsieur, j'ai une de mes sœurs qui se tue, petit à petit, en absorbant de la cocaïne, etc. »

« Une pétition couverte d'une quarantaine de signatures d'habitants de la rue Blanche signale des scènes excentriques qui ont lieu dans une maison à proximité de leur habitation. Des malheureux, sous l'effet de la drogue, pris d'insomnie, poussent au milieu de la nuit des cris affreux.

« Ces quelques exemples, pris entre mille autres, démontrent la nécessité de mesures énergiques pour enrayer les progrès d'un mal que tout le monde déplore. »

Projet de loi sur la vente et le colportage des stupéfiants. — Dans notre dernier numéro (p. 661), nous avons annoncé, sur la foi des journaux, qu'un projet de décret contre la cocaïne et les substances stupéfiantes allait être soumis à la signature du Président de la République. Faut-il croire qu'on s'est ravisé? Dans tous les cas, il n'est plus question d'un décret, mais bien d'une loi à faire voter par les Chambres. Voici, en effet, la note qui a été remise aux journaux et publiée dans les premiers jours de décembre :

« La commission sénatoriale relative à la réglementation de la vente et de l'usage de l'opium et autres stupéfiants, s'est réunie hier, sous la présidence de M. Milliès-Lacroix.

« Elle a été saisie par son président d'un nouveau texte soumis par le garde des Sceaux. Ce texte édicte les peines spéciales pour le colportage et la vente des stupéfiants (opium, morphine, cocaïne, etc.) et en même temps crée un délit spécial pour l'usage en commun des stupéfiants.

« La commission a été heureuse d'adopter ce texte qui correspond; d'ailleurs, au texte par elle établi. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Une pluie de vaisselle tombait sur les passants. — Sous ce titre, le *Petit Journal* du 3 novembre 1915 relate le fait suivant :

M^{me} Lucie Baudry, quarante-cinq ans, domiciliée rue Campagne-Première, s'amuse, en proie à une crise de folie, à jeter sa vaisselle par la fenêtre, blessant ainsi de nombreux passants. Elle a été conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Parricide. — Le 14 août dernier, à Drancy, un nommé Léon Eymieux, âgé de vingt-deux ans, tuait dans des conditions atroces sa mère à qui il trancha la gorge. Les motifs du

parricide restèrent incompréhensibles quand on s'aperçut qu'Eymieux donnait des signes de dérangement cérébral.

Après un examen du D^r Marie, il a été reconnu que le meurtrier était fou. Eymieux va être placé dans une maison d'aliénés (*le Petit Journal*, numéro du jeudi 4 novembre 1915).

Tentative de suicide. — On écrit d'Aubervilliers au *Petit Journal* (numéro du dimanche 14 novembre 1915) :

Après être restée plusieurs heures immobile dans un accès d'extase, une jeune Bretonne de dix-huit ans, M^{lle} Henriette L..., employée chez M^{me} Dupuis, hôtelière, rue Saint Denis, alla se jeter sur la voie entre La Courneuve et Saint-Denis au moment où passait un train. Le garde Bauduin sauva à temps la malheureuse jeune fille. Conduite au commissariat, elle retomba dans sa folie mystique et on ne put obtenir d'elle aucune parole. Elle a été envoyée à la permanence de la préfecture.

Tentatives de suicide par un persécuté. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du vendredi 10 décembre 1915) :

Dans l'hôtel du gouverneur militaire de Paris, hier, vers midi, le gardien de la paix Michel Maratrat, devenu subitement fou furieux, parcourait les couloirs de l'hôtel, brandissant un revolver en criant qu'il était poursuivi par des espions et qu'il voulait en débarrasser la patrie.

Rencontrant deux soldats de la 22^e section, qui passaient à ce moment, Maratrat déchargea sur eux son arme, sans les atteindre, fort heureusement. Mais un gendarme et un garde républicain, accourus au bruit, voulurent s'emparer du gardien de la paix. Celui-ci se retourna aussitôt contre les nouveaux venus, qu'il abattit de deux coups de son browning.

Le premier, Léopold Gouiron, est un gendarme détaché de la prévôté du gouvernement militaire de Paris ; le second, Henri Rodin, âgé de vingt-sept ans, est garde républicain à la caserne Schomberg.

L'état des deux victimes est très grave, mais non désespéré. Elles ont été admises à l'hôpital Necker. Quant au fou meurtrier, qui n'a été maîtrisé qu'avec beaucoup de peine, il a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Tentative de suicide. — On écrit d'Issy-les-Moulineaux au *Petit Parisien* (numéro du vendredi 17 décembre 1915) :

Dans un accès de démence, Justin Jolliet, cinquante-trois ans, domicilié route des Moulineaux, s'est jeté par la fenêtre de son logement, après s'être porté plusieurs coups de rasoir à la gorge. Etat désespéré.

Tentative de suicide. — On mande d'Ivry-sur-Seine au *Petit Parisien* (numéro du mercredi 22 décembre 1915) :

Atteinte d'aliénation mentale, une septuagénaire, M^{me} Marie Lourvel, domiciliée rue Franklin a tenté de se donner la mort

en mettant le feu à ses vêtements, qu'elle avait au préalable imbibés de pétrole. M. Ameline, commissaire de police, a envoyé la pauvre démenté à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Un kleptomane. — Un ouvrier frappeur, Emile Bruynogghe, avait quitté depuis quelques jours son domicile 157, rue Louis-Blanc, à Montataire; et comme il montrait depuis quelque temps des signes de dérangement cérébral, sa famille le recherchait activement. Il vient d'être retrouvé à Senlis, M. l'archiprêtre Dourlent apprenait en effet, hier matin, qu'un individu venait d'être aperçu emportant divers objets dérobés dans la cathédrale. M. Dourlent fit arrêter le malfaiteur, qui fut conduit au commissariat. C'était Bruynogghe. Il déclara ne savoir pourquoi il avait pris des ornements sacerdotaux qui traînaient sur une chaise. Bruynogghe a été rendu à sa famille qui va le faire interner. (*Le Petit Parisien*, numéro du jeudi 23 décembre 1915.)

TRIBUNAUX

Un dégénéré. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du jeudi 4 novembre 1915) :

C'est une forte tête que le nommé Auguste-Ferdinand Lamotte, âgé de vingt-deux ans, incorporé au 23^e colonial, qui comparaisait hier devant le 2^e conseil de guerre pour outrages à des supérieurs, voies de fait, refus d'obéissance, vol, ivresse, outrages aux agents et d'autres chefs d'accusation.

En réalité, s'il n'est pas fou, ainsi que l'a déclaré le D^r Vallon qui l'a examiné au point de vue mental, c'est un dégénéré qui n'est qu'à demi responsable de ses actes.

Il a d'ailleurs été interné à l'asile de Ville-Evrard. Le 3 juin dernier, à la caserne de Reuilly, où il était cantonné, il eut une crise de fureur, voulant à toute force qu'à la cantine on lui servît à boire, frappa ses sous-officiers et brisa tout dans le local disciplinaire où on l'avait enfermé. Transféré à l'asile Sainte-Anne, où il resta deux mois, les médecins refusèrent de l'interner définitivement, l'examen auquel il fut soumis ayant établi qu'il n'était pas dément. Là, il vola un porte-monnaie contenant 87 francs au chef cuisinier et s'en alla faire la « bombe ». Il se fit arrêter par deux gardiens de la paix qu'il roua de coups. Ferdinand Lamotte porte, tatoués sur le front, ces mots : « Mon droit d'abord ! »

Après le réquisitoire de M. le capitaine Albert Montel, commissaire du gouvernement, et la plaidoirie de M^{lle} Germaine Picard, le conseil a condamné l'accusé à dix ans de travaux publics.

FAITS DIVERS

Académie des Sciences. Subventions Loutreuil. — Sur la proposition du conseil de « la fondation Loutreuil », fondation d'une valeur approximative de 3 millions et demi, qui a été instituée à l'Académie des Sciences, il y a deux ans environ, par un généreux donateur habitant la Russie, la Commission nommée à cet effet a, selon le vœu du testateur, accordé un certain nombre de subventions « pour encourager le progrès des sciences de toute nature ».

Parmi ces subventions, nous relevons celle de 2.000 francs accordée à M. H. Piéron, notre collègue de la Société médico-psychologique, directeur du Laboratoire de Psycho-physiologie de la Sorbonne, qui a fait d'excellents travaux de psychologie physiologique et dont le laboratoire des hautes études, établi à la Sorbonne, n'a aucun outillage.

La criminalité infantile en Allemagne. — *Le Petit Journal*, du samedi 4 décembre 1915, reproduit l'article suivant de la *Gazette de Cologne* :

« Un tribunal correctionnel qui condamnait 58 mineurs en 1913, en a condamné 183 en 1914 et 256 dans les dix premiers mois de 1915.

« Dans l'intérêt du pays, et en particulier de la préparation militaire, il faut combattre cette augmentation de la criminalité infantile par tous les moyens. Il faut que la mère se fasse sévère, que, quand elle ne peut pas, elle ait recours à un parent mâle, aux ecclésiastiques ou aux instituteurs. De même ceux-ci, ainsi que les tuteurs, doivent agir avec plus de décision. Il faut recourir au tribunal des tutelles, faire nommer un tuteur en l'absence du père quand la conduite des enfants le rend nécessaire. Il ne faut pas laisser aux enfants la libre disposition de tout leur salaire qui, au besoin, devra être payé directement aux parents. Il faut empêcher les jeunes gens de se procurer des armes. Bref, tout en évitant le plus possible des condamnations qui pourraient avoir leur répercussion sur toute la vie des jeunes gens, il faut procéder avec la plus grande énergie. »

Incendie dans un asile d'aliénés. — On lit dans *le Journal*, (numéro du dimanche 5 décembre 1915) :

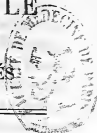
Un violent incendie dont les causes sont inconnues a détruit, à Auxerre, le bâtiment central de l'asile d'aliénés.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Dr Lucien Libert (1882-1916).

Le Dr Lucien Libert, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Saint-Venant, membre correspondant de la Société médico-psychologique, vient de succomber. C'est pour les siens une douleur cruellement ressentie. Pour ceux qui l'ont aimé, aux joies les plus douces de l'amitié ont succédé les tristesses les plus amères et un sentiment invincible de solitude. Pour la psychiatrie française enfin, c'est une perte qu'il faut tenir pour irréparable que la disparition prématurée de ce jeune médecin de qui l'avenir s'annonçait si beau, esprit d'élite aussi éminent par sa noblesse morale que par sa supériorité intellectuelle.

Lucien Libert est né à Paris, le 4 avril 1882. Il fit, au Lycée du Havre, ses humanités; puis il entreprit ses études médicales, poussé par une vocation qui remontait à l'enfance. Son oncle, M. Th. Louvard, pharma-

cien à Versailles, président de la Société des sciences naturelles de Seine-et-Oise, avait développé en lui le goût de la science; il fut son premier maître et son premier guide dans ses études médicales. Simultanément, Libert s'intéressait aux autres sciences biologiques et travaillait aux laboratoires de zoologie de la Sorbonne, de Wimeroux et de Roscoff, sous la direction de MM. Caullery et Et. Rabaud. En 1911, il passait son examen de licence ès-sciences naturelles. Libert suivait aussi les cours de la Faculté de droit; il trouvait encore le temps de s'occuper d'astronomie, science à laquelle il avait commencé de s'intéresser dès l'adolescence. Pendant plusieurs années, il se livra à des recherches approfondies à l'Observatoire de Juvisy, et il publia, de 1905 à 1908, une série de mémoires dans le *Bulletin de la Société astronomique de France*, dans les *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, dans ceux du *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, dans la *Revue scientifique*, etc. On ne citera ici que les titres de quelques-uns de ces travaux : *Un catalogue de vingt-cinq bolides; L'activité volcanique lunaire; Le monde de Jupiter; Recherches sur les étoiles filantes; Le phénomène des ombres volantes; Les Perséides en 1898; Catalogue de 1371 étoiles filantes*. En 1905, Libert, qui avait obtenu les titres de lauréat de la Société astronomique et de membre des Sociétés astronomiques de France et de Londres, fut envoyé à Tripoli d'Afrique pour y observer une éclipse totale de soleil; il publia, à son retour, le compte rendu de sa mission.

De 1903 à 1909, Libert fut externe des hôpitaux de Paris dans les services de MM. J. Bélin, Thiéry, Ménétrier, Macaigne, Siredey, Castaigne, Marfan, Papillon, Lereboullet, Lesage. Reconnaisant de la solide instruction clinique qu'il avait reçue dans les hôpitaux, il gar-

daît de ses maîtres un souvenir empreint d'affection et de respect. En 1907, il obtint la Médaille d'honneur des épidémies. Libert s'était marié étant encore étudiant ; il avait eu ainsi la bonne fortune de connaître tôt les joies d'un bonheur domestique sans mélange.

En 1909, Libert, qu'attirait l'intérêt des études de psychopathologie, et que l'exercice de la clientèle ne tentait point, se présente au concours de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine. Il passa cinq années à l'asile de Maison-Blanche, dans les services de MM. Bonnet, Trénel et Sérieux. Ses maîtres, qui ne tardèrent pas à devenir ses amis, aimaient et admiraient — sans parler de ses qualités professionnelles d'interne dévoué à son chef de service et à ses malades — son intelligence aussi pénétrante qu'étendue, son activité proprement infatigable, sa passion pour le travail, le charme de son commerce, son énergie qu'aucun obstacle ne rebutait. Merveilleuse était l'ardeur avec laquelle Libert s'appliqua à l'étude des maladies mentales. Dès sa première année d'internat, il soutint sa thèse inaugurale : *Un cas littéraire de délire d'interprétation : la folie de Don Quichotte* (Paris, Steinheil, édit., 1909), œuvre qui révélait un goût rare des recherches approfondies et un esprit critique avisé. Dans ce travail, il a démêlé les raisons pour lesquelles Cervantès a été particulièrement attiré par la peinture des psychopathies ; il a extrait du roman l'observation primitive de l'interpréteur, et il a fait ressortir l'intérêt de Don Quichotte au point de vue psychiatrique.

Dans les années qui suivirent (1909-1914), Libert, au prix d'un labeur incessant, publie une quarantaine de mémoires, qui attirent l'attention. En même temps, il prend part aux Congrès des médecins aliénistes d'Amiens, de Londres, d'Ypres-Tournay, du Puy, de Bruges, de Cologne, de Gand, heureux de connaître les

personnalités les plus en vue de France et de l'étranger. Il donne de ces réunions, dans les revues spéciales, d'instructifs comptes rendus. Il est nommé membre correspondant de la Société de médecine de Gand (1911) et de la Société médico-psychologique (1912), membre de la Société d'anthropologie (1913), membre de la Société de médecine mentale de Belgique (1913), et de la Société française d'histoire de la médecine.

En mars 1914, un concours est ouvert pour dix places de médecin adjoint des asiles d'aliénés. Libert, décidé de se consacrer désormais aux études psychiatriques, se présente, non sans appréhension. Reçu dans les premiers, il est nommé, par arrêté de juillet 1914, médecin adjoint à l'asile du Pas-de-Calais. Ce fut une des grandes satisfactions de sa vie. Un long avenir studieux s'ouvrait devant lui : il allait pouvoir poursuivre, en toute liberté d'esprit, les nombreux travaux qui le passionnaient... Mais il était à peine installé à son poste depuis trois semaines que la guerre éclate, qui, de ces rêves si beaux, ne devait rien laisser se réaliser.

Fils d'un père lorrain, de Metz, arrière petit-fils d'un officier de la Grande Armée, Libert sentit, à cette heure tragique, l'âme de ses aïeux revivre en lui. Cette vie de recueillement et de labeur, dont il goûtait le charme, c'est avec joie qu'il l'abandonne. Exalté par les plus nobles sentiments du patriotisme et de l'enthousiasme, il s'engage sur cette route qui s'enfonce dans l'inconnu, toute bordée de tombeaux. Il devait y trouver le sien.

Affecté, en qualité d'aide-major de 2^e classe, à un bataillon de chasseurs à pied de l'armée de Lorraine, Libert assiste à maints combats sanglants. En septembre, il est blessé à l'épaule par un éclat d'obus, mais il refuse de se faire évacuer. Les mois suivants, à Carency, constamment au feu, il voit, à plusieurs

reprises, la mort de bien près, un jour entre autres où son cheval est frappé de deux projectiles, ou encore lorsque, sous une grêle de balles, il procède à l'évacuation des blessés. En décembre, il est récompensé par un deuxième galon.

Au début de l'année 1915, le Gouvernement serbe demande le concours de médecins militaires français pour combattre des épidémies meurtrières et pour remplacer les cent trente médecins serbes emportés par le typhus. Cette tâche dangereuse, Libert la sollicite comme une faveur; le 10 mars, il est affecté à la mission médicale française en Serbie, avec le grade de médecin-major de seconde classe. A son arrivée à Valievo, en avril 1915, les médecins, le pharmacien, l'économiste de l'hôpital ont succombé au typhus; un seul infirmier survit; les malades sont abandonnés; on en trouve trois par lit. Libert réorganise les services hospitaliers et la lutte contre les épidémies. Un de ses camarades est atteint d'une forme très grave de typhus: il se dévoue, jour et nuit, à le soigner et réussit à l'arracher à la mort.

Après plusieurs mois d'un labeur acharné et périlleux, Libert obtient la Médaille d'argent des épidémies. Dans ses heures de loisir, il se livre à une enquête sur les aliénés en Serbie, il recueille des observations de troubles mentaux dans le typhus. Libert est ensuite affecté à l'armée et envoyé sur le front. Là, son intrépidité, son sang-froid lui font décerner plusieurs décorations, parmi lesquelles l'Aigle blanc et la Médaille militaire de Serbie, ordre recherché. Enfin, il a la grande joie d'obtenir la Croix de guerre et d'être cité à l'ordre du jour de la mission médicale française, le 31 octobre 1915. La citation est ainsi conçue: « A montré au cours de la campagne de Serbie, aussi bien pendant l'épidémie de typhus exanthématique que durant les opérations de

guerre, un réel courage et un grand dévouement. »

Pendant que Libert accomplissait son devoir avec une si haute conscience, une lettre de condoléance lui apprend, en août, la mort de son père, dont les lettres, « d'une incomparable grandeur morale », étaient pour lui un puissant réconfort. Il passe alors « par les plus grandes angoisses morales qu'il soit donné à un homme de supporter ». Mais aucune épreuve ne devait être épargnée à ce médecin sans peur et sans reproche. L'armée serbe dut battre en retraite. Durant deux mois d'hiver, ce furent, à travers des montagnes couvertes de neige, les souffrances d'interminables étapes, du froid et de la faim, l'épuisement physique et moral poussé jusqu'à l'extrême limite des forces humaines. Enfin, Libert arrive à la côte de l'Adriatique. Quelques jours après, au début de janvier 1916, il est de retour au foyer. Ses parents, ses amis se réjouissent de le revoir après tant de traverses et tant d'inquiétudes. Mais Libert était rentré épuisé, très amaigri, atteint du mal qui devait triompher d'une endurance et d'une vitalité exceptionnelles. Le lendemain de son retour, il dut s'aliter. Au cours d'une amélioration passagère, il montre une fois de plus cette haute conception du devoir qui domine sa vie : il annonce sa détermination de retourner en Serbie, après son congé de convalescence, son chef comptant sur son concours. Mais la maladie fit des progrès rapides. Le 22 janvier 1916, le Dr Lucien Libert avait cessé de vivre.

A ses obsèques, M. le médecin principal Jaubert, chef de la mission médicale française en Serbie, rendit hommage aux qualités multiples, au dévouement, au courage de son collaborateur. Son vénéré maître, M. Siredey, retraça avec émotion la vie de Lucien Libert, disant son culte désintéressé de la science, les mérites de l'homme privé et ceux du médecin victime

de son abnégation. La consternation, l'accablement de tous devant ce cercueil où tant de talent, tant de vertu, tant d'espoirs demeuraient à jamais ensevelis, composaient, avec ces éloges funèbres, le plus pathétique des spectacles.

Lucien Libert était de taille moyenne, d'apparence frêle, d'allures modestes. Sa physionomie, toute juvénile, expressive et sympathique, était illuminée par des yeux bleus rayonnant d'intelligence et de bonté. Son esprit était orné des dons les plus rares, de dons, non pas contradictoires sans doute, mais, à la vérité, peu communément associés.

Libert possédait les qualités qui font l'homme d'action, celles aussi du savant, celles enfin du contemplatif. De l'homme d'action, il avait la puissance prodigieuse de travail, l'infatigabilité, l'activité mentale intense et s'exerçant dans les plans les plus divers. De l'homme de science, il tenait l'appétit de connaître, la passion de la vérité, les goûts studieux et le désintéressement. Il avait enfin la haute conscience, les trésors cachés de la sensibilité, le jugement sûr, l'esprit de finesse, le sens critique du contemplatif.

Avec de pareilles qualités Libert eût pu, à son gré, occuper, dans les domaines les plus divers, le premier rang. Sa curiosité, au reste, était universelle ; sa culture générale, d'une étendue peu commune, élargissait de plus en plus l'horizon de ses connaissances ; son intelligence, avide de conquérir le monde spirituel, s'ouvrait à tout et s'assimilait tout. Mais son activité, si elle rayonnait dans divers sens, savait aussi se concentrer : nulle dispersion. Cet esprit encyclopédique se spécialisait quand il était nécessaire et étudiait tout à fond. Libert savait soumettre ses opinions à une révision sévère ; il demeurait toujours accueillant aux idées

nouvelles. Admirablement équilibré, sa sensibilité ne nuisit jamais à son sens critique ; toujours il demeura aussi éloigné des aveuglements et des entêtements de la routine que des chimères et des égarements de l'utopie.

Les cinq années que Libert passa comme interne dans les services d'aliénés eurent sur sa formation intellectuelle une action décisive. Son activité en fut définitivement orientée. Encore que toutes les possibilités fussent en lui, il résolut de se vouer pour toujours et tout entier à l'étude des maladies mentales. Sa curiosité scientifique s'était éprise des recherches infinies que propose la discipline psychiatrique aux investigations du clinicien et du nosologiste, comme à celles de l'historien et du psychologue. Il avait compris la portée et l'ampleur d'études qui, ayant pour objet les fonctions cérébrales supérieures et leurs troubles, rayonnent sur un domaine illimité, et à qui rien de ce qui est humain ne reste étranger. Que de terres inconnues sollicitaient le jeune explorateur ! Clinicien du premier ordre, observateur habile, Libert avait aussi le goût des idées générales, et l'amour de l'érudition, et la passion des recherches patiemment poursuivies. Il travaillait avec une facilité rare, et même avec une véritable allégresse. Il trouvait un plaisir incomparable, soit qu'il débrouillât l'histoire clinique, infiniment complexe, de tel « interpréteur » ou de tel « imaginaire », qu'il condensait ensuite avec vigueur et lucidité, soit qu'il passât des journées entières dans le silence et la solitude des archives, à exhumer, avec l'habileté consommée d'un archiviste, des documents ignorés de tous, et à ressusciter la physionomie authentique du passé.

Ce savant était encore homme de beaucoup de lecture et d'une culture littéraire peu commune : c'était,

de plus, un délicat écrivain. Voyageur passionné, qu'enivraient les prestiges et les magies de l'Orient, il en a rapporté des pages harmonieuses, dont l'eurythmie, la sensibilité frémissante et la puissance évocatrice donnent la nostalgie des paysages et des cités du monde oriental.

Au point de vue des sentiments, Libert n'était pas moins doué que sous le rapport de l'intelligence. Aussi pénétrant était son esprit, aussi délicate sa sensibilité. Les richesses exquisées de sa vie affective, les vibrations intenses et prolongées de son émotivité, ses intimes seuls ont pu les apprécier. De ses années d'internat, il avait conservé un souvenir inoubliable. Il avait voué à ses maîtres une affection toute filiale. Il partageait leurs joies ; il était bouleversé par leurs peines. Il se plaisait à se voir en concordance d'idées et de sentiments avec eux. Avec la modestie charmante d'un disciple fervent, il allait jusqu'à attribuer à leur influence certaines de ses qualités qui, cependant, lui appartenaient bien en propre. Son rêve était de vivre et de travailler avec eux en une intimité quotidienne.

La sensibilité de Libert, ouverte à toutes les séductions de la nature, de l'art et de la poésie, comme aux tendresses de l'affection familiale et aux joies de l'amitié, allait parfois jusqu'à une hyperesthésie psychique qui a été pour lui une source de jouissances profondes et parfois de douleurs. Son âme délicate, pénétrée d'une large sympathie humaine, qui savait écouter et admirer, son âme généreuse souffrait de certains contacts et se nuancait passagèrement de mélancolie et de pessimisme. S'il lui arrivait alors de juger d'un mot amer ceux qui lui avaient infligé quelque désillusion, toujours, il laissa aux impuissants et aux médiocres la consolation misérable des « discours empoisonnés de la médisance » et du dénigrement.

Son imagination, vive singulièrement, évoquait parfois, en une prévision étonnante, les échecs possibles, les dangers, la mort ; avait-il du tragique de sa destinée quelque mystérieux pressentiment?... Mais si son imagination savait lui montrer les périls, elle ne pouvait les lui faire redouter.

Le caractère, chez Libert, était, en effet, à la hauteur de la sensibilité. Son énergie se révélait, à l'occasion, avec une vigueur insoupçonnée chez ce timide. Ni les efforts ne le rebutaient, ni les responsabilités ne l'effrayaient. L'intimidation n'eût rien pu sur lui, non plus que les calculs intéressés de l'ambition. Il n'eût pas été seulement un chef de service incomparable par sa science, sa bonté pour ses malades, sa fermeté, ses dons d'organisateur ; il se fût montré encore, si les circonstances l'eussent exigé, un grand citoyen.

Cette rare association de qualités intellectuelles et morales portées à un degré aussi éminent, donnait à la personnalité de Libert une physionomie intéressante et qui séduisait. Libert s'était soumis à une règle de vie inflexible. A l'idéal élevé auquel il avait consacré sa vie, il n'a pas hésité à tout sacrifier. Chez Libert, âme passionnée, nulle frivolité, nul scepticisme, mais une conception sérieuse de l'existence. Aucune des préoccupations médiocres qui forment le tissu vulgaire de la vie n'avait accès dans l'ordre de ses pensées. Il voulait ignorer tout ce qui ne pouvait servir d'aliment à ses goûts scientifiques ou à son culte des lettres et du beau. Sa vie spirituelle intense le tenait à l'écart des distractions mondaines, des divertissements, des sports. Les satisfactions « temporelles » de la fortune et du succès ne l'intéressaient point. Le travail, pour lui, n'était pas un moyen, mais une fin. Et ses voyages, ses vacances lui étaient encore une occasion d'études et de recherches.

L'œuvre scientifique de Libert est connue et appréciée des lecteurs des *Annales*. On trouvera dans le numéro d'août-septembre 1912 une analyse de quelques-uns de ses travaux, faite à l'occasion de sa candidature à la Société médico-psychologique. L'examen des nombreux mémoires qu'il a écrits seul ou en collaboration avec ses maîtres, MM. Trénel et Sérieux, ou ses collègues d'internat, MM. Demay et Hamel, ne peut trouver place ici. On se contentera d'une brève énumération.

Libert s'intéressait particulièrement aux délires raisonnants ; il a publié sur cette question, sans parler de sa thèse sur Don Quichotte, plusieurs mémoires : Étude clinique d'une interprétatrice (*Journ. de psychol. norm. et patholog.*, juillet 1912). — Un cas de délire d'imagination (*Ann. méd. psychol.*, juillet 1912). — Essai nosologique sur les délires systématisés raisonnants (*Encéphale*, novembre 1912). — Valeur séméiologique du syndrome interprétation en pathologie mentale (*Encéphale*, décembre 1912). — Les psychoses interprétatives aigües symptomatiques (*Rapport au Congrès de Gand*, août 1913). — Les délires de jalousie (*Ann. méd. psychol.*, octobre-novembre 1913). — État passionnel et délire d'interprétation (*Journal psychol. norm. et pathol.*, septembre 1913). — Délire d'interprétation à forme hypocondriaque (*Congr. d. méd. aliénistes du Puy*, 1913). — Jean-Jacques Rousseau devant la médecine contemporaine (*Esculape*, juillet 1911).

Ce bel ensemble de travaux constitue une contribution importante, et qui restera, à l'histoire des délires systématisés raisonnants et plus particulièrement du délire d'interprétation.

D'autres questions cliniques retiennent aussi l'attention de Libert. Rappelons les travaux suivants : Paralyse générale sénile et presbyophrénie (*Soc. clin. de*

méd. ment., juillet 1910). — Éruptions syphilitiques chez deux paralytiques générales (*Soc. clin. de méd. ment.*, juillet 1910). — Presbyophrénie et épilepsie traumatique (*Soc. clin. de méd. ment.*, décembre 1910). — Rémission chez une paralytique générale (*Soc. clin. de méd. ment.*, mars 1911). — Syndrome choréique et tumeurs intra-dure-mériennes chez une alcoolique (*Encéphale*, avril 1911). — Les perversions instinctives au début de la démence précoce (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, août-octobre, 1912).

Une importante série de travaux a été consacré par Libert à des questions de psychopathologie historique. En voici les titres :

Un asile de sûreté sous l'Ancien régime (*Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, juin 1911, et *France Médicale*, novembre-janvier 1912). — La Bastille et ses prisonniers. Contribution à l'étude des asiles de sûreté (*L'Encéphale*, juillet, août, septembre, octobre 1911). — Prisons d'État et Asiles de sûreté. Les anormaux constitutionnels à la Bastille : interprètes, revendeurs, fabulateurs (*XXI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Amiens, août 1911; *La Chronique médicale*, 1^{er} et 15 octobre 1911). — La Bastille, asile d'aliénés et asile de sûreté (*Esculape*, octobre 1911). — Les lettres de cachet : « Prisonniers de famille » et « Placements volontaires » (*VI^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruges, 30 septembre et 1^{er} octobre 1911, et *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, décembre 1911 et février 1912). — De l'internement des anormaux constitutionnels : asiles de sûreté et prisons d'État (*Congrès d'anthropologie criminelle*, Cologne, octobre 1911; *Arch. d'anthropol. crim.*, mai 1912). — Saint-Pierre Dutailli, frère de Bernardin de Saint-Pierre (*Soc. médico-psychologique*, séance du 31 juillet 1911).

L'assistance et le traitement des maladies mentales au temps de Louis XVI (*Chronique médicale*, 15 juillet-1^{er} août 1914). — Règlements de quelques maisons d'aliénés. Documents pour servir à l'histoire de la psychiatrie en France aux xvii^e et xviii^e siècles (*Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, juin 1914).

Le régime des aliénés en France au xviii^e siècle (*Congrès de méd.*, Londres, 1913; *France Médicale*, mai 1914).

Le régime des aliénés en France au xviii^e siècle, d'après des documents inédits (*Ann. médico-psychol.*, juillet 1914-janvier 1916).

Une Maison d'aliénés sous l'Ancien régime. — La Charité de Senlis, d'après des documents inédits. (*Sous presse.*)

La Charité de Château-Thierry. Un Pensionnat d'aliénés au xviii^e siècle. (*Sous presse.*)

Les Sorciers de la Haye-du-Puits. Étude médico-psychologique (*Congrès du millénaire normand*, juin 1911).

Simon Morin, régicide (1623-1663). Le dernier visionnaire brûlé en France (*Arch. d'anthrop. crim.*, mars 1912).

De cette dernière série d'études médico-historiques, qu'un médecin aliéniste sagace, doublé comme Libert, d'un chercheur d'archives érudit, pouvait seul mener à bonne fin, sortent, complètement renouvelées, la question, si discutée, du rôle de la Bastille et des maisons de force de l'ancien régime — désormais considérées comme des asiles de sûreté pour anormaux constitutionnels ou aliénés; — la question des lettres de cachet, — dont la procédure apparaît comme une garantie contre les séquestrations arbitraires, garantie qui fait défaut dans la législation actuelle sur les aliénés; — enfin, la question de l'histoire du régime des aliénés au xvii^e et au xviii^e siècles. L'auteur fait justice des mythes et des

légendes propagés par les historiens du XIX^e siècle, tantôt ignorants des documents originaux, tantôt inhabiles, par suite de leur incompetence psychiatrique, à les interpréter. Il n'a pas seulement affranchi les libres esprits de superstitions invétérées; il a montré, de plus, quelle lumière les données de la pathologie mentale pouvaient projeter sur des problèmes obscurs que la critique historique, à elle seule, reste incapable de résoudre.

Enfin, on doit encore à Libert une œuvre considérable, en cours de publication depuis deux ans, et qui formera un volume de plus de trois cents pages, illustré de quarante planches hors texte. C'est l'étude la plus complète que nous possédions, résultat d'une enquête approfondie, poursuivie au cours d'un voyage de cinq mois, sur « Les aliénés en Orient (Grèce, Turquie d'Europe, Turquie d'Asie, Égypte) » (*Informateur des aliénistes*, 1912-1914). Il faut y ajouter un article sur « Les médecins et hôpitaux militaires turcs. Les services d'aliénés militaires turcs » (*Caducée*, novembre 1912), ainsi qu'une étude sur « L'assistance des aliénés criminels en Allemagne » (*Informateur des aliénistes*, décembre 1911); enfin, des notes de voyage : « Paysages et cités d'Orient » (*Esculape*, 1912-1913).

Ce vaste ensemble de travaux ne témoignait pas seulement d'un labeur exceptionnel; par la sûreté des investigations, le sens clinique exercé, par la documentation précise aussi bien que par le talent d'exposition, il annonçait dans ce jeune aliéniste une maîtrise qui allait illustrer la psychiatrie française.

Libert meurt au début de sa carrière, à trente-trois ans. Cet esprit, paré des dons naturels les plus solides et les plus séduisants, qu'enrichissaient tant d'acquisitions du savoir humain, qui, hier encore, brûlait d'une

passion souveraine pour le travail et la vérité, cet esprit s'est éteint. Cette âme, héroïque et charmante, n'est plus. Que de projets Libert portait en lui ! Que de « mémoires » qui ne seront jamais écrits, car seul il eût su le faire ! Son œuvre scientifique — œuvre de quelques années seulement — atteste tout ce qu'une longue vie eût donné si, pour cette activité et cette vitalité, toujours ignorantes du repos, l'éternel repos ne fût venu.

La psychiatrie française ne sera pas seule à pleurer la perte de ce jeune savant, arraché à ses travaux si brutalement, à l'heure même où il allait donner toute sa mesure. Sa patrie, qu'il eût honorée par l'étendue des connaissances, par le talent et par le caractère, déplorera la fin prématurée de cette rare organisation, de cet être d'élite qui eût été parmi les artisans les meilleurs de sa renaissance. Jamais le destin ne parut ni plus injuste ni plus aveugle que le jour où il a anéanti tant d'avenir et tant d'espérances.

Mais les survivants doivent-ils s'abandonner à des sentiments de découragement et de révolte ? Non. Libert ne meurt pas tout entier. Tant de trésors intellectuels et moraux n'ont pas disparu. Son œuvre, encore qu'incomplète, demeurera ; elle portera témoignage de ses mérites. Sa vie si brève, mais si remplie, ne laisse pas que des regrets. Elle propose à tous un magnifique exemple de dévouement passionné à la science et d'héroïque sacrifice à la patrie. Enfin, pour ceux qui ont aimé Lucien Libert, sa noble effigie demeurera impérissable, stèle funéraire pieusement dressée dans le temple sacré du Souvenir.

P. SÉRIEUX.

Psychologie

DE LA VOLONTÉ

Par le Dr A. RÉMOND (de Metz),

Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

J'ai déjà, antérieurement, cherché à faire l'analyse de certains états de l'esprit pour y saisir, si cela était possible, le mécanisme des déviations pathologiques. Je veux aujourd'hui chercher à m'émanciper un peu de la double entrave qu'apportent à ce genre de spéculations, à la fois notre individualité et la puissance des mots. Parce que l'homme est un être uniquement sensible et que rien ne peut exister chez lui en dehors des acquisitions de la sensibilité, parce que nous nommons sensations et sentiments des aperceptions qui ne diffèrent que par le moment où le monde extérieur, qui en est l'origine, a mis en jeu cette sensibilité, il est impossible à chacun de nous de formuler une loi qui embrasse avec précision autre chose que sa pensée personnelle. De l'un à l'autre de nous, il n'existe pas de commune mesure ; celle-ci ne serait possible que si l'on pouvait en référer à l'homme normal, et l'homme vraiment normal n'existe pas. Les hérédités accumulées, les maladies des ascendants directs, celles de chacun de nous, les influences du milieu, de l'éducation, de la nourriture, toute la vie, en un mot, font de chacun une valeur approchée, à un degré différent mais toujours

assez éloigné, de ce que serait un homme qui posséderait l'intégrité de toutes ses cellules, on peut même dire, pour simplifier, de toutes ses cellules cérébrales. L'homme normal est donc une entité, que nous pouvons imaginer un moment, mais qui est une simple vue de l'esprit et qui n'a jamais existé.

Chacun de nous est donc séparé de son semblable par une différence. Celle-ci est déjà apparente, tangible dans quelques plicatures épidermiques au niveau des sillons des pulpes digitales ; là ne se rencontrent jamais deux sujets identiques. Il est facile de mesurer les différences qui séparent deux organismes humains en se représentant le coefficient formidable qui s'appliquerait à ces variantes si l'on disséquait ainsi la structure cellulaire de tout notre être.

Quelles que soient pourtant ces différences, et quelle que soit la distance qui nous sépare de l'homme normal, il n'en est pas moins évident que l'humanité tout entière reste comprise entre des limites d'équilibre assez étroites. Si les plus développés, les plus parfaits, sont fort éloignés de ce qui serait la normale absolue, ils ne sont séparés de ceux dont l'insuffisance s'oppose à la perpétuation de l'espèce que par une marge relativement étroite. Le nombre des générations qui nous séparent des périodes les plus historiquement lointaines ne dépasse pas deux cents ; le nombre des hommes est fort restreint ; il est donc possible de concevoir que, à la fois dans le temps et dans le moment actuel, il n'y ait entre chacun de nous que des différences suffisamment faibles pour qu'il soit logiquement possible d'établir des lois moyennes en physiologie, que ce soit celle des grands viscères, du cerveau ou de la pensée. Chacun de nous est frappé de caractéristiques qui limitent rigoureusement son angle d'observation par rapport à celui du voisin, et en valeur absolue rien ne peut nous être

commun. En pratique, ces angles sont assez analogues pour que de leur comparaison résulte une moyenne qui se rapproche très vite de la moyenne générale.

Nous pouvons donc, juxtaposant nos façons de sentir, augmenter et préciser en même temps la valeur de notre analyse. Mais le moyen de juxtaposition est le langage, et à peine sortis de l'angoisse que nous donne l'individualisme absolu de nos sensibilités, comparé à l'approximation qui peut résulter de leur concours, nous nous heurtons à la puissance du verbe. L'humanité a, en effet, constamment cherché à créer entre chacun de ses membres, des traits d'union, en résumant dans le mot, tout une schématisation composée d'une infinité de sous-entendus. Il en est résulté que le mot est devenu une entité, et qu'il s'est constitué ainsi des êtres, véritables créations de l'homme qui se sont émancipées, et qui s'imposent avec toute la puissance des forces que nous y avons synthétisées. C'est ainsi que sont nés les dieux, c'est ainsi qu'est née « l'âme » et que les facultés de cette âme sont devenues à leur tour quelque chose de tellement indépendant de leur origine, qu'elles ont pour ainsi dire acquis un statut personnel dans le vaste monde que peuplent les fétiches de l'humanité.

La volonté, la mémoire, l'imagination, la conscience, sont ainsi devenues des personnalités vivantes, agissantes, régnautes ; elles ont des qualités, des maladies, elles parlent, elles critiquent, elles ordonnent ; bien plus, elles ont des sujets, des satellites. La volonté est souveraine, la liberté en dépend, la responsabilité en découle. Tout cela, dira-t-on, n'est que des images, des faits concrétisés et l'exagération est manifeste de vouloir ainsi tirer des conclusions extrêmes de ce qui n'est au fond qu'une façon élégante de réduire les frais du discours. Mais on a parlé cependant des défauts et des maladies de cette faculté et ce ne sont pas les moindres

parmi les Maîtres qui ont ainsi confirmé l'existence indépendante de cette simple image. On a bâti des dogmes et échafaudé des Codes sur ses qualités ; c'est un vocable qui a pris corps, ce verbe s'est incarné et ses actes sont graves puisqu'ils comportent des sanctions.

Nous nous trouvons donc, devant cette volonté, en présence d'une entité qui semble être la caractéristique de l'indépendance de notre être vis-à-vis de lui-même et du monde extérieur. D'où vient ce quelque chose ? quel est-il ? Fantôme ou Dieu, nous voulons le connaître, puisque aussi bien il tombe sous notre contrôle quand il est malade, et qu'il faut, bien avant de songer au remède, que nous sachions par et de quoi le mal existe.

Vouloir quelque chose comprend plusieurs temps, plusieurs opérations dont il faut suivre l'ordre et le mécanisme. Il faut d'abord une excitation et que celle-ci pénètre de quelque manière dans le champ de la conscience ; puis la réflexion, la détermination, l'acte. L'un de ces faits peut manquer, peut être plus ou moins net, l'acte peut être une abstention, un non-acte. Cette analyse rapide n'a pas à pénétrer dans les détails ; ils viendront à leur tour.

D'abord, il faut une excitation ; nous ne saurions vouloir *de plano*. L'enfant sent avant de vouloir, et si, rapidement, il sait accommoder son cri à son désir, il faut cependant qu'une sensation agréable ou pénible ait précédé cette opération si simple. Plus tôt, ce n'est qu'un réflexe. Il faut donc que notre sensibilité soit éveillée ; peu importe que ce soit par une cause immédiate ou lointaine ; la mémoire conserve des traces suffisantes pour utiliser les plus éloignées. Il n'est pas nécessaire que cette mémoire présente un caractère de conscience ; elle peut fournir comme nouvelles des données qu'elle ne fait que sortir de réserves profondes.

Il n'est pas nécessaire que l'excitation ancienne, qui reparait ainsi, ait été consciente au moment où elle s'est produite. Il n'est enfin pas nécessaire que le fait intérieur qui est le point de départ d'où sortira le mouvement que nous appelons vouloir corresponde à une quelconque réalité. Les images enregistrées, sciemment ou non, peuvent se superposer, se combiner, se déformer de telle manière qu'elles semblent être créées de toutes pièces par l'effort cérébral. Mais quelle que soit son origine, l'excitation est nécessaire, et il est nécessaire qu'elle soit consciente; ou tout au moins que la conscience en soit suffisamment avertie. On nous objectera qu'on peut vouloir sans savoir pourquoi; affirmer cela est simplement énoncer l'existence d'une excitation qui n'est consciente que dans son effet et non dans sa cause, ce qui ne l'empêche pas souvent d'être d'autant plus impérieuse qu'elle comprend une part d'automatisme et qu'elle se rapproche ainsi du réflexe.

L'acte réflexe pur échappe à la fois à la conscience et à la volonté; c'est un cycle très simple formé par l'excitation et la réaction et placé sous la dépendance d'un mécanisme rigoureusement adapté.

L'éducation peut à son tour créer des fonctions quasi réflexes. Les mouvements nécessaires à certains actes, la marche, l'écriture, la lecture à haute voix, forment des sortes d'ensembles, d'harmonies musculaires, dont l'exécution n'est plus nécessairement consciente dans ses détails; je veux marcher, je veux écrire et les mouvements se coordonnent et s'exécutent dans le sens nécessaire à l'accomplissement global de l'acte sans que ma volonté précise aucun d'eux plus que ma conscience n'en est avertie. L'éducation a fait des coordonnées nécessaires une sorte d'organe particulier; sa fonction est consciente, il obéit à la volonté, mais toutes deux en abandonnent les composantes à l'automatisme acquis.

Pour vouloir, il faut donc sentir d'abord et avoir conscience que l'on sent ; une perception ne suffit pas, il faut une aperception complète et celle-ci, de près ou de loin, provient du monde extérieur. La distinction du moi et du non-moi est ici très illusoire. Sans le non-moi le moi ne serait pas né.

L'excitation initiale provoque dans l'ensemble des cellules à fonctions psychiques un ébranlement qui sera nécessairement de même sens, de même orientation, de même essence que l'excitation. Le retentissement de celle-ci en est fonction ; souvenirs, enregistrements anciens et inaperçus, sensations immédiates, tout ce qui dans le domaine cérébral possède une orientation homologue recevra une part de l'excitation produite d'autant plus forte que, pour chaque groupe, les dispositions acquises seront plus voisines du phénomène nouveau. Ceci explique l'éveil possible d'acquisitions jusque-là inconscientes. Il se produit ainsi une masse émotive qui fait irruption avec une force d'intensité variable, mais avec une netteté très grande dans le champ de la conscience. Il y a là une sorte d'avalanche qui se compose en première ligne de tout ce qui dans le moi antérieur est le mieux adapté, le plus analogue au fait nouveau. Ce premier noyau est net ; il est entouré comme le serait un corps pesant entraîné par son poids sur une pente, d'un nuage accessoire, mal défini, dont certaines parties peuvent, à un moment donné, se joindre à la masse ou rester en arrière, selon que leurs affinités avec elle sont plus ou moins grandes. Ce seront en l'espèce les acquisitions de nature moins approchée, mais encore analogues par quelque côté à la masse excitante principale.

Un très grand nombre d'autres acquisitions, toutes celles auxquelles correspond une spécificité cellulaire tout à fait étrangère au phénomène actuel, resteront

dans l'ombre. L'ensemble du psychisme représentera ainsi une zone neutre, au moment même où la conscience sera envahie par une série d'éléments d'idée de même valeur ou de valeur très approchée.

Chaque fois qu'une excitation nouvelle se produit, chez l'être qui se développe, elle met en jeu un certain nombre de cellules et se propage suivant la direction qui lui offre le moins de résistance. Cette moindre résistance peut être le résultat d'une adaptation héréditaire, et l'on comprend que certains groupes, véritables organes cérébraux, soient mieux adaptés que d'autres, à donner passage, à enregistrer, qui les sensations tactiles, qui celles auditives, qui celles lumineuses. Il y a donc une adaptation ou une faculté d'adaptation de certaines voies anatomiques qui s'est progressivement établie dans la série des êtres et qui donne à ces voies une véritable valeur de réceptivité spécifique. Chaque excitation auditive qui vient ainsi mettre en jeu la sensibilité générale, subira donc une première orientation du fait de cette spécialisation organique qui appartient à l'espèce. Elle suivra, en outre, dans cette partie d'organe, une route qui sera le résultat des conditions d'équilibre momentané d'ordre physique, chimique, circulatoire, etc. de l'ensemble de cet organe. Mais, si la même excitation se reproduit, elle trouvera dans les cellules déjà parcourues, une facilité de transmission, une impressionnabilité plus grande que cela ne s'était produit la première fois ; et dans les cellules voisines une résistance plus grande, une indifférence plus nette, ne serait-ce que par comparaison avec celles de la voie déjà parcourue. Après quelques répétitions, l'excitabilité de la voie cellulaire acquerra une valeur maxima vis-à-vis de son excitant primitif, et une résistance qui tend vers un maximum vis-à-vis de tout ce qui n'est pas cet excitant. Il s'établit ainsi une mémoire de réception et de trans-

mission physiologique qui constitue, dans l'espèce, la mémoire musicale; le même raisonnement pourrait d'ailleurs s'appliquer à toutes les autres formes de mémoire. Ici, ce qui nous intéresse n'est pas le mécanisme de la mémoire qui fera probablement l'objet d'une autre étude, mais seulement de comprendre comment l'excitation, dont nous avons étudié tout à l'heure l'arrivée dans le champ de la conscience, pourra être accueillie par le reste du sensorium.

Comme nous venons de le dire, chaque voie sensitive présente une adaptation maxima à une excitation déterminée, une indifférence parfaite à toute excitation qui n'est pas celle pour laquelle elle est spécifiquement orientée et une résistance maxima à l'excitation qui serait diamétralement contraire à celle dont elle constitue la voie normale. Cette excitation contraire détermine donc une sensation douloureuse et confuse, la normale une sensation agréable et à caractères physiologiques précis. De la première naît, par exemple, la douleur de la fausse note. L'avalanche excitante, dont la pénétration dans le champ de la conscience précède l'état de volonté, va donc être accueillie par l'ensemble du sensorium avec une indifférence très grande, sinon complète, sauf dans le domaine psychique dont l'orientation est nettement et formellement dirigée en sens contraire. Celui-ci opposera à l'ébranlement général non plus de l'indifférence, mais une résistance nette. Mais cette résistance représente, en fait, une deuxième excitation qui deviendra elle-même consciente, et le champ de la conscience se trouvera ainsi envahi par deux groupes de caractéristiques formellement contraires et d'orientations diamétralement opposées. Ce seront tous les faits de conscience antérieurs, de mémoire, de sensibilité inconsciente, de sensibilité actuelle, favorables et défavorables à l'action de l'excitant primitif, de la

sensation première, qui envahiront le champ de la conscience. C'est la période de réflexion, nous dirions de cogitation, pour ne pas perdre un vieux mot.

Nous verrons, tout à l'heure, que dans les cas extrêmes, elle peut manquer, comme aussi elle peut s'allonger démesurément. Prenons d'abord la moyenne. Au moment où nous en sommes sont apparues dans le champ de la conscience deux masses d'idées, les unes homologues à l'excitation primitive, les autres diamétralement opposées. Chaque masse représente un total à la formation duquel collaborent, en dehors du temps actuel, toutes les acquisitions antérieures ; ces acquisitions en ce qui concerne chacune d'elles sont l'objet d'un phénomène de conscience plus ou moins net, mais l'ensemble qu'elles constituent possède occasionnellement une qualité telle qu'il se présente à la conscience comme un phénomène homogène. Le premier groupe, adéquat à l'excitation, est favorable à l'acte dont cette excitation a préparé l'exécution, le second lui est défavorable. Le premier est la raison pour, le second la raison contre. Faut-il penser que quelque chose d'extérieur, d'étranger à la sensibilité qui constate l'existence de ces deux raisons, va maintenant intervenir et choisir. L'on prétend qu'un être immatériel, l'âme, intervient, et après avoir comparé, se prononce.

Dans le champ de la conscience, deux sensations se sont fait jour, chacune d'elles est le total d'un grand nombre de facteurs ; les totaux sont de valeur différente, ce sont deux forces d'intensité inégale.

Supposons qu'un être immatériel, en dehors de toute valeur anatomique, étranger à notre substance, intervienne. S'il reste immatériel, il ne peut connaître ce qui jusqu'ici n'est qu'un phénomène dynamique, c'est-à-dire matériel. S'il sent, s'il éprouve, s'il peut d'une façon quelconque être excité par un phénomène céré-

bral, c'est donc qu'il s'est de quelque manière matérialisé. Il devient alors sensible à l'action comparée des deux forces en présence; elles éveillent chacune en lui une réaction qui est fonction d'elles-mêmes; il doit suivre celle qui est la plus forte. L'on nous répond à cela qu'il ajoute à l'une d'elles un coefficient qui repose sur la distinction du bien et du mal, de l'utilité ou de la nocivité supérieures. Qu'est-ce à dire si ce n'est qu'il détermine l'adjonction d'une force nouvelle à la plus faible des deux, de façon à lui donner à son tour une supériorité sur celle qui était avant la plus forte? Qu'est cela, sinon une association d'idées et ne savons-nous pas que le mécanisme de l'association des idées est celui qui règle précisément l'apparition des idées dans le champ de la conscience, sous l'influence de celles qui y sont déjà contenues. L'hypothèse animiste revient à dire que sous l'action des deux forces en présence, il se produit une association d'idées plus ou moins active, qui est susceptible d'intervertir la valeur relative de ces deux forces, jusqu'à ce que chacune d'elles ait reçu, pour sa propre part, le maximum de renforcement possible. Or, ces idées ne peuvent avoir d'autre point de départ que des sensations antérieures, peu importe d'ailleurs le point et l'époque où elles ont agi. Que nous reculions le problème jusqu'au seuil des divinités les plus obscures ou que nous restions dans les limites de la conception la plus simplement animale, il faudra toujours qu'une idée soit le résultat de l'action extérieure sur notre sensibilité d'un agent susceptible de la mettre en jeu, c'est-à-dire de même nature qu'elle. Avant ce contact il ne s'agit que de quelque chose, non pas seulement d'immatériel, mais d'irréel. Après il ne s'agit que d'un agent susceptible d'exciter quelque chose de matériel, c'est-à-dire matériel lui-même.

La période où nous sommes, période de la réflexion,

est donc constituée par l'apparition, dans le champ de la conscience, de deux forces d'excitation, susceptibles de voir varier leurs rapports respectifs sous l'influence du mécanisme de l'association des idées, mais qui ne cessent à aucun moment d'être inégales, et dont l'une, quels que soient leurs points de départ respectifs, finira par être et par rester plus forte que l'autre. Elles se composeront donc toutes deux d'une valeur égale, l'une positive, l'autre négative, qui constituera l'ensemble de l'une d'elles et qui s'annulera. La plus faible des deux forces disparaît ainsi, et il ne reste dans le champ de la conscience que le résultat de leur différence, ce qui représente la plus-value de la plus forte et qui est de même signe qu'elle.

A ce moment, la réflexion est terminée.

Nous n'avons toutefois envisagé dans cette discussion qu'un processus d'activité moyenne; il peut se faire que, certains éléments faisant défaut ou s'exagérant, le mécanisme en soit modifié.

L'excitation primitive peut être d'une vivacité excessive. Elle envahit, avec une intensité très grande, le champ de la conscience. Si elle dépasse un certain taux, elle provoque, non plus dans une seule direction du sensorium, mais dans son ensemble, une résistance d'autant plus grande qu'elle sera elle-même plus forte. Parmi les idées dont elle entraîne l'association par analogie, le nombre de celles qui seront nettes sera très faible parce que seules les voies les plus voisines peuvent supporter cette excitation sans en être inhibées. L'inhibition sera au contraire complète dans tous les autres domaines; l'inhibition peut être très grande et le sentiment qu'elle se produit, être encore cependant assez net pour qu'elle soit aperçue dans le champ de la conscience, non plus dans ses éléments, mais comme un phénomène global, et un phénomène douloureux; à

cette excitation très vive correspond donc une réaction aussi violente accompagnée de douleur psychique, seul phénomène dont la conscience puisse encore être le siège, et des phénomènes secondaires intéressant le domaine spinal et le domaine du grand sympathique. Ce sera la colère. L'acte consécutif, réactionnel, peut même manquer si l'excitation est suffisante pour jouer un rôle d'inhibition complète.

A un degré moindre au contraire, l'excitation détermine l'acte au cours d'une période d'inhibition dans le mécanisme des idées, telle que cet acte ne deviendra un fait de conscience que lorsque l'inhibition aura cessé et qu'il se sera lui-même traduit par un fait objectif, dont l'auteur n'acquerra la connaissance que comme d'un fait à la fois personnel et étranger.

Enfin, il pourra encore se produire une douleur intense due à cette même excitation, mais le mécanisme de l'association des idées fonctionnant d'une façon suffisante, nous retombons dans le cycle des valeurs moyennes et de la réflexion que nous envisageons tout à l'heure.

L'excitation, d'origine indifférente, peut aussi se produire alors que pour une cause, le plus souvent d'ordre vaso-moteur, le mécanisme de l'association des idées ne peut plus apporter dans le champ de la conscience, réduit à un minimum, annulé, aucune idée qui puisse être l'objet d'une aperception de la part de cet organe de la sensibilité.

L'excitation ne détermine alors d'autres associations que celles d'idées orientées dans le sens nécessaire à être mises en jeu par elle et l'extériorisation de cette association inconsciente se produira à l'insu total de l'acteur qui, ignorant tout le processus dont il n'a aperçu aucun stade, ne peut en constater l'effet que de la même manière qu'il constaterait un fait étranger

dont il n'aurait pu saisir la cause. Il s'agit alors de l'impulsion inconsciente, celle de l'épileptique, par exemple.

Nous reviendrons plus loin sur ces phénomènes pathologiques ; il est inutile de faire autre chose ici que les mentionner.

Les idées de sens contraire, les forces antagonistes qui se trouvent en présence dans le champ de la conscience, les apports incessants que fournit à l'un et à l'autre groupe le mécanisme de l'association des idées, peuvent constituer des masses de valeurs très sensiblement égales. Dès qu'un total augmente, l'autre le rejoint, puis le dépasse pour être à son tour bientôt en état d'infériorité ; jamais l'intensité des deux n'atteint une quotité suffisante pour lui permettre de remplir à lui seul tout le champ de la conscience. Bien plus, des idées, faisant partie de l'un et de l'autre groupe, sont apparues, puis ont sombré, dans le renouvellement incessant qu'impose l'association ; des lacunes se produisent ainsi, des diminutions de valeur, qui changent à leur tour les rapports des facteurs de sensibilité en présence. Ainsi la réflexion se prolonge, le nombre des idées qui se présentent pour bientôt disparaître du champ de la conscience augmente cette lenteur : c'est l'irrésolution.

Pathologiquement, le champ de la conscience s'étale à son tour. Toutes les sollicitations les plus ignorées d'habitude, entrent en lumière, toutes les sensations sont aperçues ; leur valeur relative s'efface très vite, elles sont toutes pénibles bien qu'inégalement. L'excitation primitive a provoqué surtout de la douleur, la réaction secondaire n'est pas moins insupportable. Aucune ne peut occuper seule une sensibilité que tout réveille ; la réflexion se prolonge tellement qu'elle n'existe plus et le processus s'arrête ainsi en se perdant

dans un miroitement général douloureux. C'est l'aboulie qui nous ramène vers le domaine morbide que nous effleurions tout à l'heure.

— Ou bien la conscience s'amenuise, elle se rétrécit au point de ne pouvoir plus contenir qu'une seule idée, et le mécanisme de l'association des idées dont les fonctions se limitent au subconscient, est incapable de fournir à l'idée-excitation ni un commentaire ni une contradiction. L'excitation agit seule, commande seule, et la suggestion, dont elle prend alors le nom, détermine l'acte sans que la conscience puisse contenir autre chose que cette déterminante. Nous revenons encore par cette voie vers les états anormaux.

Remontons maintenant au point où nous avons laissé notre analyse après avoir envisagé la moyenne. Des deux totaux, d'une part des idées favorables à l'excitation initiale, d'autre part, de celles qui lui sont contraires, la différence seule reste dans le champ de la conscience et l'occupe. Nous sommes alors dans l'état où nous place toute idée dominante ; l'état de conscience ainsi réalisé ne représente autre chose qu'un phénomène sensitif, localisé il est vrai dans le domaine le plus intime de la sensibilité, mais qui se trouve, après cette élaboration, vis-à-vis du système d'extériorisation, comme la seule cause effective, la seule cause qui puisse se traduire par un acte ; elle seule peut le déterminer et le détermine nécessairement, puisque à ce moment il ne reste plus en présence qu'une sensation dont la modification n'est plus possible, et que cette sensation pèse de tout son poids sur le système moteur. L'arc, primitivement composé du système de réception, du centre d'élaboration et du système d'extériorisation, est déjà parcouru dans la plus grande partie de son ensemble, l'élaboration est terminée, l'extériorisation est nécessaire.

C'est à ce moment que l'homme dit « je veux ». Ceci revient à caractériser un état de la sensibilité consciente, tel qu'il n'y a plus entre la sensation et le mouvement d'autre étape à parcourir que celle qui sépare la percussion du tendon rotulien de la contraction du quadriceps, et que l'un est devenu la conséquence immédiate et fatale de l'autre.

La détermination résulte donc d'une différence de forces, nées en dernière analyse en dehors du moi, et la volonté n'est autre chose qu'un état spécial de la sensibilité consciente résultant de cette différence. « J'ai chaud », « j'ai soif », « je veux », sont donc des vocables de valeur homologue, et ici, comme ailleurs, le moi ne possède rien qui n'ait été d'abord et ne reste un phénomène de sensibilité.

Si la sensibilité est antérieure à la volonté, si le *vouloir* n'est à la fois qu'une forme et une conséquence du *sentir*, que va devenir la liberté? La liberté c'est l'absence de contrainte, c'est le contraire de l'entrave. Or, nous avons, au cours de cette analyse, montré qu'il n'y avait plus, au moment où la réflexion se termine, dans le champ de la conscience, d'autre idée, d'autre force, que la différence dynamique entre les deux courants primitivement contraires. Il n'existe donc rien dans notre sensibilité qui constitue le moindre obstacle entre cette différence qui demeure comme cause consciente et déterminante et l'extériorisation de cette sensation résiduelle. La manifestation qui en résulte correspond à un état de la conscience qui ne comprend aucune sensation de gêne, ni d'obstacle, ni d'arrêt extérieur. La liberté est entière, puisque rien ne s'oppose à ce que le phénomène interne de conscience se traduise au dehors, ou que, du moins, la conscience ne renferme rien qui puisse être une cause empêchante. L'état de la sensibilité, qui fait que nous nous sentons voulant, fait aussi

que nous nous sentons libres. Nous allons voir tout à l'heure, en pathologie, que nous pouvons aussi nous sentir non libres ; une gêne dans l'association des idées, une anomalie dans les fonctions de cette forme de la sensibilité qu'est la conscience, déterminent une douleur. Cette douleur suffit à modifier la sensation de liberté, à la troubler, à la détruire.

Nous nous sentons libres et nous sommes déterminés. Mais sentir est la condition première, unique, à la fois nécessaire et suffisante, du savoir. Donc nous nous savons libres, et cela avec d'autant plus de certitude que nous avons, à certains moments, senti que cette liberté n'existait pas. Elle n'existait pas pour des raisons biologiques dont notre sensibilité consciente ne peut nous avertir puisqu'elle est elle-même fonction de ces raisons, mais elle nous a donné la sensation de la gêne, de l'obstacle, de la non-liberté. Nous en avons conclu que notre liberté existait puisque c'était non seulement un fait de conscience, mais qu'elle pouvait également cesser, et que, là encore, nous en avons comme preuve un fait de conscience. Nous en avons conclu que l'homme malade n'était pas libre, puisqu'il ne sentait plus cette liberté.

Il en est de notre liberté comme de toutes nos connaissances, de notre moi. C'est le résultat des déterminantes extérieures et de nos réactions sensibles à leur égard ; seulement nous sommes des êtres logiques, et de nous savoir libres parce que nous le sentions, nous avons conclu que nous étions responsables de nos actes dont la détermination échappait à notre sensibilité consciente. D'un fait, nous avons déduit une hypothèse et de cette hypothèse, des sanctions !

Puisque nous sommes déterminés, puisqu'il n'y a, dans la science que nous avons de notre liberté, que le résultat d'un phénomène de pure sensibilité, la res-

pensabilité est un leurre, la sanction, un non-sens.

Mais peut-être que ces mots : responsabilité, sanction, ne sont que les vêtements d'une idée qu'ils déforment. Peut-être le discours dont ils sont la synthèse et l'élimination, contient-il autre chose que le sens qui leur est resté depuis qu'ils ont acquis droit de cité dans le langage. Laissons-les donc de côté et reprenons le problème sous un autre jour.

Deux faits sont acquis : l'homme est un être déterminé et pour les mêmes raisons, d'origine purement sensitive, se sent libre. Nous pouvons dire, se sent libre et comme nous ne connaissons d'autre certitude que le témoignage de notre sensibilité, que rien de ce dont nous affirmons l'existence ne possède de réalité que celle dont nous percevons le reflet, nous pourrions presque dire l'homme est libre. Cette affirmation est cependant ici trop ironique pour que nous la propositions autrement que comme un exemple des déductions logiques et illusoire dont la puissance des mots permet de se leurrer.

L'homme se sent libre ; d'autre part, il est sociable. De sa réaction vis-à-vis du monde extérieur est née chez lui une mode de la sensibilité qui s'est adapté aux actions et aux réactions dont l'origine se trouvait dans la vie en commun. De la vie en troupe est née la vie en société. De même que j'ai montré ailleurs (1) comment pouvait se former et se concevoir le sens de l'éthique, de même il existe chez chacun de nous un sens social. Comme pour tout autre mode de notre sensibilité, il se produira vis-à-vis de celui-ci des excitations tantôt agréables, quand elles seront adaptées à l'orientation particulière de ce mécanisme, tantôt pénibles quand elles lui seront mal ou non adaptées.

(1) La conscience. In *Revue des idées*.

L'agréable et le pénible ne peuvent, dans les faits de sensibilité, se différencier du bon ou du mauvais. De quelque manière que l'on torture les faits, aucune sensation ne sera reconnue bonne si elle n'est agréable, aucune ne sera jugée mauvaise si elle n'est douloureuse. Celui qui déclare que l'agréable est mauvais et la douleur bonne, n'a fait qu'ajouter à chaque impression des sensations accessoires qui en ont fait varier la qualité et transposé l'orientation.

Tout ce qui est adapté aux conditions particulières de notre sens social est jugé bon. Tout ce qui est non adapté est jugé mauvais. Or, comme nous ne pouvons pas ne pas fuir la douleur, ce qui est mauvais étant simplement douloureux à un certain point de vue, nous sommes obligés de nous défendre. Il y a deux façons de le faire, soit en supprimant la cause de cette douleur, soit en la fuyant. La sanction est donc une défense qui varie seulement d'objet selon que le sujet lésé sera plus ou moins puissant que la cause de l'offense. L'acte qui se traduit par une excitation pénible du sens social général, entraîne nécessairement, fatalement, la réaction du groupe social tout entier contre l'auteur, et la sanction se présente comme la conséquence inéluctable de l'existence même de ce groupe. Aussi bien, si le bon et le mauvais, l'agréable et le douloureux existent dans toute association humaine, d'autres conditions climatiques, géographiques, ethnographiques, font varier la nature des faits auxquels ces qualificatifs s'appliquent. Que le même acte soit tantôt bon, tantôt mauvais, suivant les latitudes, cela importe peu ; et la vérité objective de cette façon de comprendre la distinction du bien et du mal est empiriquement établie depuis longtemps.

La sanction est donc un phénomène fatal dont l'existence est déterminée par le seul fait de l'existence du

sens social. Cette sanction sera simplement différente, suivant que l'individu sera devenu la cause d'une offense au groupe, ou qu'il sera placé dans des conditions telles que le groupe social lui-même sera devenu pour lui une cause de souffrance. Dans la première hypothèse, la conclusion extrême est la peine de mort, dans la seconde, le suicide ; l'un et l'autre phénomène sont inéluctablement les conséquences nécessaires de la valeur relative des forces en présence et sont aussi rigoureusement déterminés que toutes les autres manifestations de ce que nous appelons la liberté humaine. Cette détermination ressort d'ailleurs empiriquement des données de la statistique. Si nous comptons dans une année tous les actes ressortissant théoriquement de la volonté et accomplis dans un groupe social déterminé, tels que les mariages, les meurtres, les suicides, les vols, il est à peu près exact d'estimer au même nombre, les faits de même ordre qui seront accomplis l'année suivante. Une moyenne établie sur dix ans, donne un chiffre certain, à quelques unités près, par mille habitants. La possibilité de pouvoir ainsi, d'avance, sans erreur appréciable, fixer le nombre des manifestations volontaires, sous forme d'actes prétendus libres, diminue singulièrement la valeur individuelle de cette liberté, et montre toute l'importance qu'ont, en regard d'elle, les facteurs sociaux. Toutes les théories qui interprètent différemment cet ensemble : volonté, liberté, responsabilité, sanction, n'ont été édifiées qu'en ne tenant pas compte des prémisses, qu'en négligeant la détermination primitive et qu'en accordant à chacune des entités verbales que nous venons d'énumérer, une valeur de personnalité active, de divinité si l'on veut lui donner ce nom, et en en faisant des forces qui se superposeraient à celles que le monde extérieur fournit à l'homme. La volonté ordonne, la liberté permet, dit-on, mais toutes deux

sont rigoureusement enchainées à leur cause primitive, la sensation ; quand on remonte vers cette dernière, les faits qui en résultent, prennent le caractère d'une fatalité inéluctable, plus immuable encore dans ses conséquences, et plus inflexible dans ses lois que ne le furent jamais aucune des divinités que s'imposèrent les hommes.

L'homme moyen est donc soumis aux lois d'un déterminisme rigoureux, et le témoignage de sa sensibilité n'est dans l'origine de ses connaissances qu'un instrument imparfait ; cependant il en résulte la notion de certains états auxquels on a donné le nom de facultés, et parmi ces états, nous venons de voir de quelle importance était celui auquel on a donné le nom de volonté. S'il nous est impossible d'en connaître autre chose qu'une valeur relative, approchée, puisque aussi bien la normale nous échappe, nous pouvons, en revanche, trouver dans l'analyse des faits pathologiques, des éléments qui corroborent ou infirment ce que nous venons d'établir. C'est à quoi nous allons maintenant nous essayer.

(*A suivre.*)

LA PSYCHOLOGIE DE LA PANIQUE

PENDANT LA GUERRE

Par ADAM CYGIELSTREJCH

En analysant le rôle joué à la guerre par l'agent moral, on voit que deux genres d'émotions prédominent : la peur et ses variétés — forme défensive de l'instinct de la conservation individuelle — et les tendances violentes et destructives qui sont l'expression de sa forme offensive.

C'est un fait bien constaté que dans toutes les catastrophes les centres inhibitoires travaillent très faiblement, s'ils ne suspendent totalement leur action ; ce sont les réflexes qui deviennent maîtres de la situation. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant de voir que les actes les plus irréfléchis et les plus contradictoires peuvent être accomplis. Le même individu, privé de son pouvoir de réfléchir et de vouloir, est sujet à tant d'influences, est sollicité par tant d'impulsions que, forcément, il devient le jouet de toutes ces forces, qu'elles soient en lui ou en dehors de lui. Et si ces impulsions ont encore la puissance de l'instinct, si elles sont enfoncées dans la profondeur de notre être par l'action lente et incessante de milliers de siècles — siècles de l'épreuve la plus terrible et de la lutte acharnée pour la vie — quoi d'étonnant que, toutes les fois que la raison et le calcul sont absents ou ne peuvent exercer leur action, l'individu se laisse entraîner et accomplisse

des actes qui ne sont pas toujours conformes à la notion de l'honneur, du devoir et du courage?

Ceci nous explique, au moins en partie, le règne fatal de la peur dans toutes les campagnes. Parce que, il faut le savoir, cette émotion a une importance capitale et décisive à la guerre. Elle oriente les batailles, elle leur donne sa couleur et souvent elle décide de leur issue. Certes, ceux qui prennent part à la bataille sont dans une situation douloureuse, presque tragique. D'un côté, le sentiment du devoir, de l'honneur, de la patrie — sentiment très profond et agissant, grâce à l'éducation reçue, d'une façon sûre et impérieuse; de l'autre, l'instinct de la conservation, la passion irrésistible de la vie, la volonté inconsciente de l'organisme, de vivre, d'exister. Terrible conflit entre la conscience et une force automatique, invisible, qui a cependant ses racines dans notre sang, dans l'essence même de notre organisme. Le résultat de ce conflit, *dans la plupart des cas*, ne laisse aucun doute. Tous les auteurs, militaires ou civils, qui ont écrit sur la guerre, en tombent d'accord : la peur triomphe!...

« La discipline tient un peu plus longtemps les ennemis face à face, mais l'instinct de conservation maintient son empire, et le sentiment de la peur avec lui.

« La peur!...

« Il est des chefs, il est des soldats qui l'ignorent; ce sont gens d'une trempe rare. La masse frémit; car on ne peut supprimer la chair (1). »

« Qui peut dire qu'il n'a eu peur dans le combat (2)? »

« Quant à l'homme moyen, à l'homme ordinaire, il fait sur le champ de bataille une figure peu propre, au total, à flatter l'orgueil de l'espèce (3). »

(1) Colonel Ardant du Picq, *Etudes sur le combat*, p. 12.

(2) *Ibid.*, p. 106.

(3) P. Lacombe, *La guerre et l'homme*, p. 111.

Le prince de Ligne écrit : « Ce qu'il y a de sûr, c'est que la moitié des armées que j'ai vues meurent de peur avant de commencer, que la moitié qui reste n'est pas tout à fait tranquille, n'a pas un air bien assuré (1). »

Ardent du Picq constate :

« L'homme a donc horreur de la mort. Chez les âmes d'élite, un grand devoir qu'elles seules peuvent comprendre et accomplir, fait parfois marcher en avant ; mais la masse toujours recule à la vue du fantôme. La discipline a pour but de faire violence à cette horreur, par une horreur plus grande, celle des châtiments ou de la honte. Mais toujours, il arrive un instant où l'horreur naturelle prend le dessus sur la discipline, et le combattant s'enfuit (2). »

Le Dr Schonmkoïff, dans son essai sur la psychologie de la guerre, fait la même remarque. D'après lui, tous les militaires connaissent la peur et les sentiments qui en dérivent. Ils ne diffèrent entre eux que par le degré d'empire qu'ils possèdent au moment critique. Ailleurs, en analysant le courage militaire, il fait la réflexion suivante : « Un homme nouveau qui n'a jamais participé à une bataille, a, à un degré plus ou moins grand, toujours peur. Quoiqu'il marche en avant et se conduise bravement, cela ne veut pas dire cependant que la peur et la lâcheté lui soient étrangères ; il est maître de lui ; par sa volonté, il combat sa nature lâche. C'est comme s'il y avait dans l'homme deux êtres : un poltron et un brave. Ils mènent entre eux une lutte incessante ; celui qui vaincra obtiendra le prix (3). »

Nous avons dit que la peur, instinct égoïste, apparaît

(1) Cité par Lacombe, p. 114.

(2) A. du Picq, ouvrage cité, p. 78.

(3) Dr Schonmkoïff, *Contes et observations sur la guerre russo-japonaise*, Voprosy-Nervno-Psychitcheskoi Meditriny (en russe), 1905, p. 52.

dans les batailles toutes les fois que la vie est, ou paraît être, en danger. Le sentiment animal de la conservation qui semblait dormir se réveille et l'homme, malgré la discipline, malgré la perspective de ce qui peut lui arriver, fait tout son possible pour se dérober au danger, pour sauver sa vie. Et alors, tout lui est utile. Chaque haie, chaque arbre, chaque mur, chaque sillon présentent pour lui une séduction irrésistible ; s'il hésite un moment, il finit presque toujours par s'y abriter. L'instinct prend le dessus. Quand son regard éperdu ne découvre aucun refuge, sous l'influence de la peur, il prend une attitude bizarre, il fait des mouvements étranges. Tantôt il s'abaisse, devient tout, tout petit (comme s'il voulait offrir le moins de surface possible), tourne le dos à l'ennemi et dans cette position reste des heures entières. Tantôt il fait des mouvements involontaires de défense et, à chaque bruit d'un projectile qui explose ou d'une balle qui siffle, il se redresse et se couvre la tête, la poitrine, de son bras. Il est superflu de remarquer que tous ces mouvements sont vains et qu'ils ne servent à rien. L'attitude, les mouvements, sont indépendants de sa volonté affaiblie ou inexistante et s'accomplissent en dehors de sa conscience par voie automatique et réflexe. Et, si le soldat n'a pas encore entièrement perdu l'empire sur lui, si sa volonté domine encore quelque peu l'instinct, s'il est encore capable de quelque réflexion ou de quelque calcul, il devient rusé : il saisit la première occasion pour se soustraire aux coups et aux dangers du combat, mais en donnant à son action un semblant de nécessité. C'est ainsi que des soldats accumulés en nombre toujours excessif autour de leurs officiers blessés, les transportent sur les derrières, cherchant les ambulances et réclamant des secours ; d'autres aident à emporter leurs camarades blessés. Nombreux sont ceux qui sortent ainsi de leur rang, avec le seul espoir

d'échapper à la surveillance de leurs chefs et de se dérober, légitimement, aux dangers du combat et à la réprimande. « Il y a là, dit Trochu, un premier sentiment naturel et très avouable, celui d'assister ; et un deuxième, naturel aussi, mais moins avouable, celui de se soustraire aux coups, en donnant à cette retraite le passeport d'une bonne action (1). »

A la guerre, en dehors de l'instinct qui s'éveille spontanément, il y a de nombreuses circonstances qui facilitent la naissance et le développement de la peur. Si un homme normal est très facilement sujet à cette émotion, un homme fatigué, affaibli, l'est d'autant plus que son état d'épuisement est plus avancé. Car la fatigue, l'épuisement physique prédisposent à la peur. « Dans un organisme affaibli, remarque M. Ribot, la peur est toujours à l'état naissant. » Cela se comprend. On sait que la fatigue atténue la puissance de l'activité mentale. En même temps on observe que le sujet devient très facilement excitable ; tout l'impatiente et l'irrite. Dans ces conditions, l'homme fatigué étant impuissant à maîtriser son activité réflexe, il suffit d'une occasion futile (d'une sensation douloureuse ou d'une représentation pénible) pour que, tout d'un coup, cette activité se mette en mouvement et que l'homme manifeste les symptômes de la peur. En général, toute dépression vitale prépare aux émotions et aux passions un terrain favorable. La moindre chose peut alors devenir le point de départ de la peur. « Mais vous êtes affaibli, triste et malade, et voilà que vous sentez vos jambes qui commencent à fuir, votre cœur qui bat, votre visage qui se glace... ; c'est alors que vous sentez les angoisses de la peur et une frayeur invincible (2). »

(1) Général Trochu. *L'Armée française en 1867*, p. 119.

(2) P. Janet. *L'Automatisme psychologique*, p. 467.

L'imagination joue aussi un grand rôle dans la production de la peur. Si les enfants sont peureux, c'est qu'ils ont une vive imagination. Pour M. Ribot et d'autres psychologues, « l'absence de peur n'est qu'une absence d'imagination (1) ». Sous l'influence de la vie guerrière, l'imagination s'éveille facilement; avec elle, naissent les représentations terrifiantes du péril. S'il est vrai que l'« on est accessible à la crainte dans la mesure où la représentation du mal futur est intense (2) », la peur doit atteindre à la guerre ses limites extrêmes (c'est ce qui arrive en réalité), puisque tout y parle de la douleur, de la destruction et de la mort.

Il y a un autre facteur, très important, qui, à la guerre, contribue très largement au développement de la peur. C'est la *contagion morale*. Tous les états affectifs se manifestent par des phénomènes organiques; les uns sont intérieurs, les autres extérieurs. Ces derniers consistent en des réactions motrices involontaires qui donnent à chaque état affectif son cachet spécial. C'est ainsi que chaque émotion s'exprime par une mimique et une attitude qui lui sont propres. La peur se caractérise par les sourcils relevés, par les orifices palpébraux agrandis, par la bouche ouverte, la mâchoire inférieure abaissée, etc. (3). L'étonnement, la surprise, l'anxiété, l'inquiétude ont une expression mimique qui ne diffère de celle de la peur que par des différences quantitatives. Dans la colère et les émotions exaltatives, au contraire: les sourcils sont énergiquement abaissés, les narines dilatées, les lèvres réunies et projetées en avant ou écartées de façon à découvrir les dents; la mâchoire inférieure est relevée, les dents sont serrées (4). On

(1) Th. Ribot. *Psychologie des sentiments*, 1905, p. 219.

(2) *Ibid.*, p. 219.

(3) E. Cuyer, *La Mimique*, p. 329.

(4) *Ibid.*, p. 310.

pourrait dire la même chose de l'attitude ; elle est toute différente dans les émotions dépressives et dans les émotions sthéniques. Si, dans la peur, le sujet fait l'impression d'un homme qui voudrait se resserrer, s'abriter, se protéger contre un danger inconnu, dans la colère, l'attitude énergique et menaçante indique nettement une force agressive qui ne s'arrêtera pas devant un obstacle quelconque.

On sait que, *dans certaines conditions*, les états affectifs se transmettent facilement. Comment s'effectue cette transmission ? MM. Vigouroux et Juquelier ont écrit un intéressant livre sur ce sujet (1). Chaque état affectif se traduit par une mimique et une attitude déterminées ; or, si nous acceptons la théorie de James-Lange, suivant laquelle l'émotion n'est que la conscience des phénomènes organiques, il suffira que les manifestations extérieures de l'émotion soient contagieuses pour que les états affectifs le soient aussi. D'après nos auteurs, c'est un fait incontestable que toute vue d'actions rythmiques, coordonnées et réflexes provoque chez les spectateurs des réactions motrices inconscientes, qui tendent à reproduire le mouvement observé. C'est ainsi que, par un temps douteux, on ouvre parfois le parapluie, avant d'avoir pris la résolution de le faire ; c'est un acte purement imitateur. De même, une personne qui rit, qui tousse, communique facilement son état au témoin : assez souvent, on est pris d'un rire à la vue d'une personne qui rit. Les réactions motrices d'un sentiment une fois reproduites, le sujet imitateur doit éprouver le même sentiment à un degré plus ou moins accusé, puisque l'émotion n'est autre chose que la conscience des modifications de la

(1) Drs A. Vigouroux et P. Juquelier, *La Contagion mentale*, 1905 (Doin, éditeur).

cénesthésie, qui, extérieurement, se traduisent par ces réactions motrices.

« Quand je veux savoir jusqu'à quel point quelqu'un est circonspect ou stupide, jusqu'à quel point il est bon ou méchant, ou quelles sont actuellement ses pensées, je compose mon visage d'après le sien et j'attends alors pour savoir quelles pensées ou quels sentiments naîtront dans mon esprit ou dans mon cœur, comme pour s'appareiller et correspondre avec ma physionomie. » (Edgard Poe) (1).

M. Féré, lui aussi, admet que « si on peut lire sur le visage la pensée de son interlocuteur, c'est qu'en le regardant on prend inconsciemment son expression, et l'idée se présente en conséquence (2) ».

D'après lui, Confucius savait que l'habitude de gestes et d'attitudes convenables détermine nécessairement des sentiments convenables, et c'est là, en somme, le but du cérémonial qui joue un si grand rôle dans la religion et dans la morale des Chinois (3).

Nous ne nous appesantirons pas plus longtemps sur

(1) Cité par MM. Vigouroux et Juquelier, p. 21.

(2) Ch. Féré. *Sensation et mouvement*, p. 15.

(3) A l'interprétation que MM. Vigouroux et Juquelier ont donnée de la contagion mentale, on pourrait faire trois objections :

1° Le mécanisme de la contagion, qui s'explique assez ingénieusement quand on accepte la théorie dite physiologique de l'émotion — et les auteurs en sont des partisans convaincus — perd cette clarté si l'on se refuse à admettre qu'entre les phénomènes organiques et l'état affectif, il y a une relation de cause à effet. Et pourtant, cette réserve est fondée et prudente;

2° Les auteurs exagèrent l'influence de la contagion mentale. Celle-ci ne peut avoir lieu que dans des conditions appropriées. Nous l'avons partout souligné. Sur un sujet équilibré, reposé, la contagion n'aura pas de prise; il résistera parfaitement à son action;

3° De nombreux cas d'imitation, cités par les auteurs, ne rentrent pas dans la catégorie de l'imitation pure. Ce sont des phénomènes beaucoup plus compliqués. Aussi, leur explication par une imitation automatique, réflexe, est trop simpliste et, par conséquent, insuffisante.

cette question. Nous tenons pour une vérité indéniable et d'une observation courante que, *dans des conditions appropriées*, tous les états affectifs sont contagieux. La douleur comme le plaisir, la tristesse comme la joie, la peur comme la colère, la terreur, l'épouvante, tout aussi bien que la fureur et la haine, peuvent se transmettre par la voie de la contagion. Mais il y a des conditions où la contagion mentale se propage d'une façon particulièrement frappante. Tout ce qui désagrège l'équilibre entre notre personnalité consciente et les automatismes subordonnés favorise la contagion. Ainsi, la distraction, le contact, réel ou psychique, avec ses semblables (foule, journaux, livres), la manière d'être organique, etc. Plus le pouvoir frénateur de la volonté diminue, plus les centres inférieurs travaillent, plus ils perçoivent, et plus ils répètent pour leur propre compte ce qu'ils ont perçu. Car l'absence de la volonté est comme une carte blanche pour la vie automatique ; non dérangée par une contre-force, elle se déploie complètement et nous transforme en véritables automates.

Toute réunion d'hommes est un terrain favorable pour la contagion. La foule est toujours dominée par l'inconscient. Ce qui la caractérise, c'est la disparition de la vie cérébrale et la prédominance de la vie médullaire. Dans l'âme collective, les aptitudes intellectuelles des individus et, par conséquent, leur individualité, s'effacent. L'hétérogène se noie dans l'homogène, et les qualités inconscientes dominent (1). La vie de réflexion et de volonté une fois suspendue, l'activité des foules devient forcément instinctive et automatique. Nerveuse et facilement impressionnable, la foule est très sensible à toutes les influences, et ceci fait qu'elle devient le jouet des excitations extérieures. De là son caractère

(1) G. Le Bon. *Psychologie des foules*, p. 17.

impulsif. D'autre part, les conditions de la contagion réalisées, ses effets ne se font pas attendre : l'imitation involontaire et inconsciente en déconle fatalement.

L'état organique et psychique du sujet est un facteur important dans la contagion. L'individu bien équilibré, normal au physique et au moral, résiste à la contagion ; il n'est *contagionnable* que dans des proportions fort restreintes. Par contre, les instables se soumettent facilement à l'influence de la contagion.

Nous avons un peu appuyé sur le mécanisme de la contagion, parce qu'elle est nécessaire pour faire comprendre les paniques de la guerre. On sait ce qu'est une panique. Une terreur inexplicquée s'empare brusquement d'une troupe et, par sa spontanéité comme par son intensité, donne lieu aux fuites les plus insensées. Les effets d'une panique sont terribles. Dans les combats antiques, c'était, pour les fuyards, le commencement infaillible d'un affreux carnage ; dans les combats modernes, c'est la déroute la plus désordonnée, avec l'écrasement, la tuerie et les spectacles de brutalité et de férocité qui en sont inséparables.

Les paniques de Mortchartin (à la veille de la bataille de Valmy) [1792], de Solferino (le lendemain de la bataille) [1859], de Wagram, etc. sont restées célèbres. Partout, *en apparence*, les causes sont inconnues. On constate seulement qu'un soldat, ou un petit groupe de soldats, est pris d'une frayeur subite ; en un clin d'œil leur peur se transmet à ceux qui les entourent ; ceux-ci, à leur tour, contagionnent leurs camarades, et c'est ainsi que, avec une rapidité stupéfiante, naît la panique. L'étude de la contagion mentale nous permettra d'expliquer ce phénomène. Nous savons qu'à la guerre, l'image du danger et de la mort est toujours présente à l'esprit du soldat ; ceci crée un état psychique particulier où l'énervement, l'inquiétude et l'irritabilité

occupent la première place. La première condition de la contagion est ainsi réalisée. L'agglomération des soldats en masse, c'est-à-dire leur réunion en troupe, en est la seconde. Comme dans toute agglomération humaine, la qualité mentale des individus disparaît, ou à peu près; la vie médullaire prend le dessus. Ces deux causes surajoutées, l'action de l'une renforcée par l'influence de l'autre, préparent un terrain propice pour les actes imitatifs. Qu'à ce moment, un soldat ait une hallucination visuelle d'une armée ennemie qui approche, qu'il montre par sa mimique ou par son attitude la terreur qui l'étreint, qu'il pousse un cri ou qu'il fuie, momentanément la masse humaine sera secouée par un frisson de surprise, puis d'étonnement, puis de stupéfaction et puis, par une gradation insensible mais vertigineuse, passera à l'effroi et à l'épouvante. L'imitation involontaire a fait son œuvre : la panique est déchaînée.

N'insistons plus. Ce qui est certain, c'est que, pendant une panique, l'homme a vécu une dure minute. Il a éprouvé la plupart de ces émotions qui possèdent l'étonnante faculté d'enlever l'énergie, d'abaisser le moral et de désagréger, peut-être pour longtemps, l'équilibre mental. La guerre, avec toutes ses horreurs, passera, mais ses traces resteront encore longtemps gravées dans la vie psychique de ceux qui y ont pris une part immédiate et qui ont eu l'heureuse fortune d'y échapper à la mort.

L'attente, avant la bataille, est une grande source d'émotions décourageantes. Imaginons une armée qui marche des jours et des semaines pour se trouver en face de l'ennemi. Soumis aux intempéries du climat, torturés par la soif et la faim, affaiblis par les maladies, découragés par la fatigue, les soldats arrivent enfin dans

la zone de combat. L'ennemi est invisible. On l'attend à chaque moment ; à chaque moment, les boulets et les obus peuvent commencer à pleuvoir, en semant la douleur et la mort ; à chaque moment, le calme terrible de la nature peut être interrompu par le bruit sourd de la canonnade, par les cris aigus des blessés, par le gémissement désespéré des mourants. Chaque moment peut être le dernier...

L'heure approche. L'inquiétude devient plus vive ; une angoisse fébrile saisit l'homme ; on a peur de tout et de rien. Le cœur bat plus fort, la respiration s'accélère, les muscles commencent à trembler, le visage se couvre d'un masque pâle, les yeux deviennent presque immobiles : ils ont l'air de chercher quelque chose. Et pourtant l'ennemi ne se montre pas. La nervosité et l'angoisse augmentent ; les soldats commencent à s'agiter. La menace du danger devient plus pressante ; comme un oiseau de proie, elle plane au-dessus des têtes, mais toujours plus bas, et cet abaissement successif se traduit chez les soldats par un état psychique très particulier : le moral est atténué, l'abattement est visible, une agitation silencieuse règne dans le camp et un mutisme effrayant opprime les cerveaux.

Voilà les premiers canons qui se mettent à parler. Leur grondement est d'abord très lointain, mais peu à peu il devient plus distinct et plus clair ; l'air, secoué par le passage des projectiles, vibre profondément. La vibration se transmet à l'oreille et la frappe brutalement : l'impression est très désagréable. La canonnade devient plus intense. Les boulets éclatent toujours plus près : le bruit est étourdissant. L'homme, de pâle qu'il était, devient bleu jaunâtre. Les yeux perdent leur mobilité ; instinctivement, ils se tournent dans la direction d'où les obus arrivent et s'immobilisent. Rester sur place n'est plus possible. Cette inactivité sous la

pluie des projectiles est trop fatigante ; il faut se porter sur l'ennemi ou fuir.

Et quand les boulets commencent à éclater au milieu de la troupe et en atteignent les premiers hommes ; quand le sang se met à couler et que la chair hachée des camarades tombe sous les yeux des soldats, la vigueur des nerfs baisse rapidement, la maîtrise disparaît, et, si l'ordre n'est pas donné de se ruer en avant, une fuite éperdue suivra. L'instinct de la conservation aura le dernier mot.

La conscience du danger qui s'avance est trop lourde pour que, en sa présence, l'homme ordinaire puisse garder tout son sang-froid. Dans de tels moments, chez l'individu même le plus intrépide, le sentiment de la conservation s'éveille fatalement ; son influence sera d'ailleurs fortifiée par l'action déprimante de la contagion. Et alors, il faudra donner quelque issue à cet état de tension de l'âme ; il faudra, au moins en partie, débarrasser le soldat du fardeau qui le rend si nerveux et si instable ; à tout prix, il lui faudra trouver une préoccupation — fût-ce même une attaque contre l'ennemi — qui absorbera son attention ; sinon, la cause la plus insignifiante pourra devenir l'occasion d'une fuite et peut-être même d'une affreuse panique.

« Il paraît bien que ce qu'il y a de plus dur, c'est de recevoir les projectiles sans bouger ni tirer ; et, qu'enlever une position, même une fortification, en avançant sous les balles, ne demande pas, à beaucoup près, autant d'énergie (1). »

Cette énergie, le soldat ne peut la trouver qu'en faisant un effort suprême de volonté ; et cet acte de vouloir se traduira par une telle dépense des forces physiques et morales que, par cela même, c'est-à-dire par

(1) P. Lacombe, ouvrage cité, p. 117.

l'épuisement physique et la fatigue morale qui en résulteront, l'effort ne pourra être prolongé.

Le général de Négrier, en parlant du rôle du soldat dans les combats, après avoir constaté qu'« aujourd'hui, il lui faut une somme d'énergie beaucoup plus grande que dans le passé », se prononce ainsi :

« Il (le soldat) n'a plus, pour le soutenir, les grise-ries des attaques en masse. Autrefois, l'angoisse de l'attente lui faisait désirer le coup de violence, dangereux, mais bientôt passé. Maintenant, pendant de longues heures, toutes ses forces morales et physiques vont être en jeu, et, dans une telle épreuve, il n'aura pour se soutenir que la fermeté de son cœur (1). »

Or, cette fermeté de cœur a un effet trop destructif sur l'organisme pour pouvoir durer ; et c'est justement sur la connaissance pratique des vertus et des défaillances du cœur humain que la science de la guerre est basée.

La troupe, comme toute agglomération humaine, est impulsive. Jusqu'à certaines limites, elle obéit aux lois qui régissent les foules ; mais jusqu'à certaines limites seulement, puisque c'est une foule *disciplinée*. La discipline, les notions de devoir et de solidarité, ne restent pas sans influence sur les actes, et si l'instinct de la conservation l'emporte, ce n'est pas toujours sans une âpre lutte préalable. Le soldat a souvent peur (pour ne pas dire toujours) ; c'est grâce à ces facteurs que, devant l'ennemi, cette émotion ne se transforme pas en terreur. La discipline fait avancer, et, sous sa pression, on accomplit des choses que, dans d'autres conditions, on n'accomplirait pas. Mais comment agit la discipline ?

(1) Cité par M. Ernest Judet dans l'Introduction à la 6^e édition des *Etudes sur le combat*, d'Ardant du Picq, p. xxx.

« La discipline a pour but de faire violence à cette terreur (horreur de la mort) par une horreur plus grande, celle du châtimement ou de la honte (1). »

Ainsi, au combat, le soldat est livré, *à la fois*, à la pression morale de deux émotions également déprimantes. Le sentiment de la vie le pousse à éviter le danger, à se soustraire au péril ; d'où tendance à la fuite. D'autre part, la peur d'une infraction si grave à la discipline, la peur d'être aperçu de ses supérieurs, d'être traduit devant le Conseil de guerre, tout cela possède assez de force pour réfréner l'impulsion du moment, pour la modifier, pour l'affaiblir. Et alors, au lieu de fuir, on avance, mais dans quel état ! L'homme est dévoré par l'inquiétude ; il avance, mais ses jambes ne sont pas solides et son cerveau cherche opiniâtrement l'issue la moins compromettante. Dans ces conditions, il arrive souvent des choses drôles et incompréhensibles. A cinquante lieues de l'ennemi, une vraie maladie commence à ravager la troupe : *maladie du manque de moral*, à forme épidémique. Sur tout le parcours de la troupe, un spectacle peu banal s'offre aux yeux : des milliers de soldats sont couchés par terre, tantôt étendus, comme s'ils étaient morts, et tantôt dans la position d'un tirailleur prêt à faire feu. A Wagram, sur 22.000 hommes lancés en avant, 1.500 à peine ont atteint la position. Qu'est devenu le reste ? Les 19.000 manquants étaient-ils hors de combat ? Non, 7 sur 22, un tiers, proportion énorme, pouvaient avoir été atteints ; les 12.000 manquant réellement, qu'étaient-ils devenus ? Ils étaient tombés, s'étaient couchés en route, avaient fait les morts pour ne pas aller jusqu'au bout (2).

Qu'est-ce qui se passe alors ? Une chose très simple.

(1) A. du Picq, ouvrage cité, p. 78.

(2) A. du Picq, ouvrage cité, p. 158.

Le soldat, hanté par la crainte de l'ennemi et par la terreur que lui inspire l'infraction à la discipline, se laisse tomber *volontairement*, dans l'espoir secret de se dérober ainsi à l'action meurtrière du plomb et de la fonte et en même temps d'échapper à la surveillance des chefs et des camarades. Cette simulation de la mort en masse n'est pas un phénomène isolé dans l'histoire de la guerre. Wagram n'est pas une exception. « La chose arrive chez *toute* troupe marchant en avant sous le feu, dans quelque ordre qu'elle soit (1). » Nous croyons aussi qu'ici la contagion morale ne reste pas étrangère au phénomène constaté; peut-être même sa part est-elle assez chargée.

Le petit soldat qui a fait le mort paye cher sa désertion et sa défaillance. Imaginons ce qu'il a dû éprouver pendant ce temps-là, les idées pénibles qui ont traversé son cerveau, les sentiments qui l'ont accablé et l'ébranlement qu'a subi son système nerveux! Rien de surprenant que de tels moments aient une répercussion sur la mentalité du soldat et que le manque momentané de moral se transforme souvent en une maladie réelle et sérieuse.

Si la discipline agissait seule, les conséquences des batailles seraient désastreuses pour les armées. Heureusement, comme nous l'avons remarqué, il y a d'autres facteurs. Les notions de devoir, d'honneur, de solidarité, enfin l'amour-propre, sont des données très importantes et qui changent beaucoup à la guerre. Une armée sans moral est comme un troupeau de moutons : toute surprise a des chances de devenir le point de départ d'une panique. Le courage n'est autre chose que la victoire du devoir ou de l'amour-propre sur la lâcheté. « Le courage tient à la force du caractère et à l'empire que

(1) A. du P.cq, ouvrage cité, p. 158.

sait prendre une âme forte sur les sentiments qui naissent en circonstances (1). »

« Le poltron n'est pas celui qui a peur intimement (à ce compte il n'y aurait que des poltrons), mais celui qui ne parvient pas à agir comme s'il n'avait pas peur (2). »

Pour agir de cette façon, il faut faire un grand effort de volonté; et, pour cela, il faut que la volonté soit tendue par un ressort suffisamment puissant. Or, ce ressort, c'est le sentiment du devoir et de l'honneur.

La discipline, aidée effectivement par ces mobiles, fait que le mouvement coordonné des masses est possible. S'il y a un certain nombre de soldats braves par tempérament et qui défient tous les périls, la grande majorité ne supporte les émotions de la guerre, et spécialement celles du combat, que par le courage qui tient de l'action simultanée des mobiles mentionnés. C'est à ce prix seulement que l'homme ordinaire, et par conséquent accessible à la peur, peut se dresser contre l'action aveugle et redoutable des engins; c'est à ce prix seulement qu'il se rend capable de supprimer ou de ne pas écouter les conseils égoïstes de ses instincts; c'est ce qui lui donne souvent la force de subir héroïquement les plus cruelles épreuves et c'est pour cela enfin qu'à la guerre, à côté de tant de calculs lâches, on se heurte aussi au sacrifice et parfois à l'abnégation la plus complète.

Il est impossible d'examiner tout ce que le soldat peut ressentir sur un champ de bataille et de faire une analyse complète des raisons qui déterminent de sa part telle ou telle attitude. L'homme ne se ressemble pas; à

(1) Général Thomass. *Les Vertus guerrières*, p. 153.

(2) P. Lecombe, ouvrage cité, p. 120.

la guerre, dans ce milieu morbide, l'homme est encore plus impressionnable et change facilement. Le brave ou l'audacieux d'aujourd'hui est le découragé de demain ; personne ne peut se flatter de dominer à tout moment son sentiment. Les soldats les plus aguerris ont des moments de peur ; par contre, les peureux, les timides, deviennent souvent des héros. Dans la conduite des hommes, l'imprévu est absolument la règle.

Dans une guerre heureuse, les troupes non fatiguées sont animées d'enthousiasme. Les victoires précédentes soutiennent leur moral et leur donnent la conviction d'être invincibles. Ce sentiment, à lui seul, suffit pour faire la victoire, comme le sentiment contraire de découragement suffit à provoquer la défaite. L'enthousiasme, savamment entretenu par le commandement, est une force d'impulsion puissante. Il ne faut pas grand'chose pour que l'enthousiasme devienne exaltation ; quand celle-ci envahit l'âme du soldat, il devient capable de tout. Dirigés dans cet état contre l'ennemi, les soldats s'attaquent directement, sans faire attention aux pertes qui les déciment ; et l'élan, dont ils sont animés, est tellement puissant que, à peine arrivés aux positions que l'ennemi occupe, déjà ils le forcent de battre en retraite, avant même que la lutte soit engagée. Et alors, l'instinct destructif aura libre cours. Les soldats se jetteront sur la position attaquée et si, à ce moment-là, l'ennemi n'a pas encore retiré ses dernières troupes, elles tomberont sûrement victimes d'un massacre implacable. Rien ne pourra arrêter ce terrible ouragan, si ce n'est la fatigue et l'épuisement. Aucun ordre ne sera suivi, tout essai de modération sera peine perdue ; le soldat est absolument dominé par le besoin de sang et de destruction que son instinct déchaîné exige.

Nous ne nous arrêterons pas sur la description des

scènes de violence et d'horreur dans une ville prise. Nous savons déjà sous quelle impulsion les soldats agissent, quelle rage les obsède et quel soif de sang les ravage ; il nous suffira de reprendre l'image de M. Lacombe et de dire avec lui qu'après la prise d'une ville, les soldats vainqueurs sont ce qui, sur notre terre, ressemble le plus aux démons (1).

L'enthousiasme ou l'exaltation ne sont pas les seules causes, susceptibles de provoquer une poussée irrésistible contre l'ennemi. Après une longue attente, pendant le combat, l'état psychique de l'armée est tel que le mouvement offensif devient nécessaire. Ce mouvement en avant est caractérisé par une force impulsive considérable. Les soldats, jusqu'ici témoins silencieux du combat et que l'inaction accablait, trouvent un réel soulagement dans l'impétuosité qui les porte en avant. Leur système nerveux tendu, qui n'attendait que la possibilité de se décharger, en a trouvé l'occasion ; du même coup, l'anxiété et l'inquiétude se sont dissipées. Mais une telle attaque ne promet pas beaucoup. Si l'ennemi ne cède pas devant la force de l'impulsion de la troupe, celle-ci battra en retraite. Comme, instinctivement, elle s'est portée entre l'ennemi, de même, instinctivement, elle lui tournera le dos et s'en reviendra dans le désordre le plus complet. Ce sont des choses connues et constatées dans toutes les batailles.

Les troupes solides, celles qui connaissent le devoir, se comportent autrement. Quand l'ordre à l'attaque vient d'être donné, un silence mortel saisit toutes les âmes ; pendant une minute (pour les soldats, elle dure un siècle) il y a une lutte terrible entre la volonté et l'instinct. On pourrait suivre toutes les péripéties de cette lutte dans l'expression des visages, qui, d'abord

(1) Lacombe, ouvrage cité, p. 266.

pâles, terreux, les yeux largement ouverts, les muscles relâchés, peu à peu recouvrent leur masque habituel et bientôt deviennent confiants, résolus, presque inspirés. Mais ce n'est pas l'inspiration douce et paisible des poètes ; c'est l'inspiration pour la lutte, pour la destruction, pour la mort (1). On ne voit plus ces figures désagréables, couleur de citron, qu'on rencontre à chaque pas dans toutes les déroutes ; la peur a disparu. Un léger tremblement secoue le corps, un voile nuageux s'étend devant les yeux cernés, et, de temps en temps, une impatience fiévreuse se dessine dans le regard. En avant ! Tuer ou être tué, mais le plus vite possible. Pourvu qu'on n'ait pas le temps de penser, de réfléchir, parce qu'alors les idées tristes viennent et que le sentiment de la famille domine. Au seuil de la mort, on communique avec les siens, et c'est à eux que vont les dernières pensées.

Une fois dans le combat, on ne pense plus à rien. On oublie la femme, les enfants. Une haine infinie s'empare du soldat, la brute s'éveille et, alors, pas de pitié ! On tue, on détruit tout. Pas de civilisation, pas d'humanité. On sacrifie sa vie, mais, par cela même, on devient insensible, on perd toute notion du malheur et de la douleur d'autrui.

Nous mentionnerons à peine les émotions de ceux pour qui la guerre, avec ses tristesses et ses horreurs, n'est qu'une fête. Ce sont des gens d'un tempérament spécial, plutôt psychopathique. Dans toute armée, il y en a toujours une certaine quantité et, chez eux, l'inspiration pour l'égorgement et la tuerie est un état permanent. Un type de ce genre a été bien décrit par M. Erastoff. C'est le colonel Dorne (2).

(1) V. Schoumkoïff, article cité, p. 59.

(2) G. Erastoff. *La Déroute* (Sur la guerre russo-japonaise), 1909 (E. Nourry, éditeur), p. 247.

« La vie? à quoi diable me sert-elle si je n'ai rien à y faire? Ici c'est la vie! Si le combat a lieu demain, je vous montrerai la vie! Eh, à quoi bon faire des mystères...

« C'est seulement comme ça que je puis vivre! La campagne! Avancez à la position, ôtez les avant-trains! Etablissez la cible, fixez le tube, sur la colonne, la batterie : feu! Ah, touché? De nouveau feu! Le commandement gronde, mes grand'mères (1) soupirent, les projectiles ronronnent et hurlent, les gémissements remplissent l'air. C'est ça de l'espace! Quelle envergure! C'est là qu'on vibre! C'est bien, que diable! La vie! Voilà la vraie vie! Tandis que vous raisonnez... Eh, mes amis! La vie... Mais je ne sais pas... Mettez-moi à présent dans une caserne ou lâchez-moi dans la rue... mais... je... je me jetterais sur les gens! Oui! Je les étoufferais! Tout bout en moi, tout cherche une sortie! » (2)

Les gens du type de Dorne, à caractère anormal et plutôt morbide, tombent facilement victimes de la guerre. Chez eux, la prédisposition aux troubles psychiques est bien évidente, et l'état chronique d'excitation qui les agite constamment (s'il n'est pas déjà par lui-même une maladie mentale à forme expansive), sous l'influence de la guerre le deviendra certainement.

(1) Dorne nommait « grand'mères » les pièces de sa batterie.

(2) *Ibid.*, p. 248.

Pathologie.

DES TROUBLES MENTAUX

DANS LES BLESSURES PÉNÉTRANTES DU CRÂNE
CAUSÉES PAR LES PROJECTILES DE GUERRE (1)

Par le Dr L. MARCHAND,

Médecin chef de la Maison nationale de Charenton,
Médecin traitant du centre neurologique de Bordeaux.

La confusion mentale, syndrome dont l'étiologie est si diverse, peut s'observer immédiatement après les traumatismes. Dans ces cas, l'élément émotif joue souvent un rôle prépondérant; le traumatisme lui-même n'a qu'une action secondaire (confusion mentale émotive). Quand le traumatisme porte sur le crâne, les troubles mentaux peuvent être également d'origine émotive si le trauma est léger, mais si le trauma est grave ils sont déterminés surtout par des lésions du cerveau. Il est enfin un troisième ordre de faits dans lesquels le rôle émotif doit être complètement écarté, car aucun choc émotionnel n'a précédé ou accompagné le trauma; les troubles mentaux sont en rapport avec les lésions cérébrales déterminées par le traumatisme.

C'est dans ce dernier groupe de faits que rentrent les cas de confusion mentale consécutive aux blessures

(1) Ce travail a été rédigé en décembre 1914 au camp d'Heuberg (Grand-duché de Bade), pendant la captivité de l'auteur.

pénétrantes du crâne par armes à feu. Des six observations suivantes, les deux premières ont trait à des sujets qui ont été soumis à notre observation au cours de leur guérison. Les quatre autres répondent à des blessés que nous avons suivis à l'hôpital temporaire de Laon dès le début des accidents jusqu'à leur terminaison.

Les deux premières observations montrent que, en temps de guerre, dans les blessures du crâne par balle le choc traumatique peut être insignifiant et que l'élément émotionnel qui l'accompagne ne joue aucun rôle dans l'éclosion des troubles mentaux ; les quatre autres confirment ce fait et indiquent de plus que les troubles mentaux sont liés à des lésions inflammatoires surajoutées au traumatisme cranio-cérébral.

Obs. I. — B..., lieutenant de chasseurs à pied, a été atteint, le 20 août, d'une blessure pénétrante à la région occipitale gauche du crâne. Voici le récit qu'il nous fit, le 18 novembre, de son état mental et physique au moment même où il fut blessé et les jours suivants.

Il reçut sa première blessure à 4 h. 1/2 du soir. Il était dans la position « à genoux ». Il perçut, à la partie postérieure gauche de la tête, un très léger choc, comme celui d'une chiquenaude, et, tout doucement, sans détente brusque, il « piqua du nez » en avant. Il éprouvait une impression de bien-être, de béatitude assez analogue à celle qui précède une « faiblesse ». Il a l'impression très nette qu'il a dû sourire à ce moment-là. Il n'a pas perdu connaissance, n'a ressenti aucune douleur de tête ou autre. Il ne voyait plus, quoique le temps était très clair et que le soleil brillait ; il n'avait la sensation que d'une teinte gris ardoise uniforme. Il sentit qu'on le pansait ; il reconnut les voix de son sergent et de son ordonnance ; sa conscience était comme atténuée, car il ne lui vint pas à l'idée d'empêcher son sergent de le porter à l'abri, quoique sa place normale fut sur la ligne de combat. Il pouvait parler, mais des idées non en rapport avec son caractère lui venaient à l'esprit. Il dit à son sergent : « Priez Dieu que nous soyons vainqueurs..... N'ayez pas peur de les démolir..... Pardonnez-moi si, dans le

service, je vous ai attrapé quelquefois. » On l'emporta dans un petit bois, qu'il localisa immédiatement comme une position d'attente qu'il avait occupée le matin même. Il sentit qu'on lui serrait la main, puis il resta seul. Il s'endormit, fut bientôt réveillé par l'éclatement des obus. Il dut rester éveillé cinq ou six heures. C'est pendant ce laps de temps qu'il fut blessé une seconde fois, à la cuisse, par un éclat d'obus. Il se rendormit jusqu'à 4 heures du matin environ. Il entendit alors des Allemands autour de lui; ils lui donnèrent à boire. A ce moment, un obus éclata auprès d'eux, ils se sauvèrent et il se rendormit. Il avait une forte tendance au sommeil. Plus tard, des Allemands sont venus le chercher avec un brancard, mais un nouvel obus les chassa de nouveau. Ils ne revinrent qu'une heure après. Il fut alors transporté à l'ambulance française qui était prisonnière.

Il y fut trépané le lendemain; la balle, située au niveau de la couche optique gauche, fut extraite. Aucune complication ne survint.

Les jours suivants, B... présenta une perte légère des mots; Il avait oublié la langue allemande, qu'il connaît parfaitement. Il avait également de l'amnésie de fixation, car il oubliait souvent les propos qu'il avait tenus quelques minutes auparavant. Il fut évacué par les Allemands le 24 août; il présenta à ce moment un accès de boulimie; pendant toute la durée du transport, il ne fit que réclamer à manger, sans pouvoir satisfaire son appétit, malgré tout ce qu'on lui donnait.

B... conserve aujourd'hui une hémianopsie homonyme croisée par rapport au côté cérébral lésé. Il ne voit pas les objets situés dans les moitiés droites de ses champs visuels. Son état mental est intact.

Obs. II. — L..., lieutenant du ...^e régiment d'infanterie, a été atteint, le 21 août 1914, d'une blessure pénétrante de la tête par balle; l'orifice d'entrée est situé sous le bord inférieur de l'orbite gauche; l'orifice de sortie est situé à la partie postérieure du cou, au niveau de l'atlas, à 2 centimètres à droite de la ligne médiane.

G... nous donne les détails suivants sur les troubles qu'il ressentit au moment où il fut blessé.

« Lorsque je fus blessé, il était environ 5 à 6 heures du matin; je sentis un léger choc au visage et je m'allongeai tout doucement la face contre terre. Je ne voyais plus clair et ne pouvais plus parler; je ne pouvais plus faire aucun mouvement;

mais je conservais toute ma connaissance et je continuais à entendre ce qui se disait autour de moi. Je n'éprouvais aucune douleur physique, j'étais dans un état de béatitude et il me semblait que j'allais mourir rapidement, car je sentais mes forces diminuer et mon sang couler abondamment. Je faisais effort pour parler ou pour remuer, afin de faire voir que je vivais encore, car j'avais entendu mes hommes dire que j'étais tué; mais je n'y arrivais pas. J'ai eu à ce moment la crainte d'être enterré vivant. Ce n'est qu'après un laps de temps dont je ne peux fixer la durée que je parvins à prononcer quelques mots.

« Lorsqu'on m'eût pansé, je sentis mes mâchoires se contracter et j'ai eu la peur d'être atteint du tétanos; je me suis fait introduire un tampon de gaze entre les dents pour maintenir les mâchoires légèrement écartées. Je ressentis ensuite une assez forte douleur à la nuque. Quelques heures après, la paralysie des jambes disparut presque complètement et celle des bras diminua un peu. Je pus soulever l'avant-bras de quelques centimètres. Enfin, je suis arrivé à me relever; il était environ midi; je suis retombé; puis, en me glissant sur le dos, j'ai descendu une colline. J'ai pu emporter mon sabre, ma sacoche et un sac qu'un sergent avait mis sous ma tête. »

La guérison des plaies fut rapide. Quelques jours plus tard, le blessé pouvait déjà se lever. Plusieurs semaines après, des symptômes de névrose post-traumatique apparurent, consistant en parésie du côté gauche, troubles de la sensibilité du même côté, crises de secousses myocloniques. Actuellement (18 novembre), ces troubles ne sont pas encore complètement disparus.

Ces deux observations sont des exemples curieux des sensations et sentiments éprouvés par deux sujets atteints de blessures pénétrantes du crâne. Elles montrent qu'aucun choc émotionnel n'a accompagné le traumatisme, que l'intelligence des sujets est restée intacte et qu'une sensation générale *plutôt agréable* fut ressentie au moment de l'accident. Chez ces blessés, la guérison survint sans phénomènes de confusion mentale; seul l'un d'eux présenta de légers troubles amnésiques conscients qui disparurent rapidement.

Les observations suivantes ont trait à des sujets qui présentèrent des troubles mentaux confusionnels graves. Certaines particularités dans le tableau clinique, dans l'évolution des accidents distinguent cet état confusionnel de la confusion mentale classique.

Obs. III. — M..., âgé de dix-huit ans, engagé volontaire, entre à l'hôpital temporaire de Laon, le 31 août 1914.

Il porte trois blessures par balles de fusil; l'une à l'épaule gauche (la balle est venue se loger sous le sein gauche); l'autre à l'épaule droite; une troisième a déterminé une plaie pénétrante du crâne

A son arrivée à l'hôpital, M... est en état de torpeur cérébrale; cependant à force de questions nous arrivons à obtenir de lui les renseignements suivants : il a été blessé le 29 août; il a perdu connaissance pendant quelque temps; il ne peut préciser davantage; il est resté un jour et une nuit sur le champ de bataille; il a été transporté ensuite à l'ambulance de Marles, puis à l'hôpital de Laon, ville qui n'était pas encore occupée par les Allemands.

La plaie du crâne est située au niveau de la région postérieure du pariétal droit. Elle est en séton, dirigée de haut en bas. Les deux trous d'entrée et de sortie de la balle sont situés à une distance de 4 centimètres l'un de l'autre. Au fond de la plaie supérieure, le cerveau est à nu et il s'échappe des parcelles de matière cérébrale. Les plaies suppurent.

Comme traitement, pansement sec à la gaz stérilisée, après nettoyage et désinfection de la plaie.

L'état mental de M... est le suivant. Abandonné à lui-même, il dort et ne fait que dormir. Si on lui parle sans le secouer, on obtient rarement une réponse. Si on ouvre les yeux du malade, il ne fait aucune résistance, regarde, puis laisse retomber ses paupières dès qu'on cesse de les soulever. Souvent M... se couvre la tête avec ses draps, ses couvertures, *restant enfoui sous sa literie*. Il ne profère aucune plainte. Les membres soulevés au-dessus du plan du lit retombent lentement. Pas de paralysie. La sensibilité à la douleur est obtuse. M... retire lentement ses membres quand on les pique. Pas de troubles pupillaires. Pas de céphalalgie.

Gâtisme urinaire et stercoral.

Appétit exagéré. M... mange gloutonnement et souvent prononce ces mots : j'ai faim, même quand il vient de manger.

Le lendemain de l'arrivée du blessé j'extrais la balle située sous la peau du sein gauche. M... oppose quelque résistance.

Pendant quelques jours on ne constate aucune modification dans cet état. Les plaies craniennes suppurent légèrement. La température oscille autour de 38 degrés le soir. Le pouls est normal.

Dans la nuit du 5 au 6 septembre, M... présente de l'agitation. Il se lève plusieurs fois de son lit, croit qu'il est sur le champ de bataille et fait le geste de tirer. Il urine par terre ou dans les gamelles; il découvre ses camarades, va se coucher dans leur lit. Ces accès d'agitation sont de courte durée, mais se reproduisent plusieurs fois par nuit. Dans leur intervalle, M... reprend son sommeil. La température est de 38°5.

Le 8 septembre, M... répond mieux à nos questions, mais il faut toujours le secouer pour le faire sortir de sa torpeur. On constate chez lui de la confusion dans les idées. Il ne sait pas où il est, trouve difficilement sa date de naissance. Désorientation dans le temps; il y a huit mois qu'il est ici; on est en 1915, il ne peut dire le mois. Propos incohérents : M... parle de l'auto 23, de son pays; il n'a pas conscience qu'il est dans une contrée occupée par les Allemands quoique chaque jour des médecins allemands passent dans les salles; il demande qu'on le reconduise à Arras.

Les plaies craniennes suppurent peu. On n'aperçoit plus le cerveau au fond de la plaie supérieure, mais les battements cérébraux sont visibles.

A partir de cette date, on constate une amélioration progressive dans l'état de M... Le 18 septembre, le blessé nous donne les détails suivants : il était en tirailleur à la sortie du village de La Hérie la Viéville quand il s'est senti chanceler. Il n'a perçu aucune douleur; il a appelé un camarade qui lui dit qu'il était blessé à la tête; il s'est aperçu que le sang coulait et il a perdu connaissance car il ne se rappelle pas qui l'a pansé. Quand il a repris ses sens, il s'est traîné jusqu'à une petite route encaissée où se trouvaient déjà d'autres blessés. C'est là seulement qu'il a senti qu'il était blessé aussi aux épaules. A une heure qu'il ne peut préciser il fut transporté à Marles et le lendemain à Laon. De tous les faits qui se sont passés depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'à la date actuelle, il ne se rappelle que l'extraction de la balle qui se trouvait au

niveau du sein gauche. Cependant des événements particuliers avaient eu lieu, qui auraient dû frapper son esprit. Laon fut occupé par les Allemands le 2 septembre et chaque jour des médecins allemands venaient visiter les blessés français. M... reconnaît cependant le médecin qui le soigne, il ignore son nom; il ne sait pas les noms de ses voisins de lit. Il appelle l'infirmière laïque, ma bonne sœur; il se mariera avec elle. Comme elle lui dit qu'elle est mariée et que son mari est mobilisé, il ne l'épousera que si son mari est tué. Puérilisme; M... fait l'enfant, demande des bonbons, des gâteaux, du chocolat, des confitures. Appétit exagéré. Gloutonnerie.

A ce moment, nous constatons de l'embarras de la parole consistant surtout en un défaut d'articulation. La parole est empâtée; les dentales et labiales sont mal prononcées; les mots sont scandés. Facies atone; les plis du visage sont effacés. Pas d'autres troubles moteurs. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Les plaies craniennes suppurent peu. On voit nettement les battements du cerveau au fond de la plaie supérieure.

Le 26 septembre, l'état mental est très satisfaisant. On constate encore un peu de somnolence, de torpeur intellectuelle; la confusion des idées et l'incohérence sont disparues. L'embarras de la parole est encore manifeste. Le cerveau est encore à nu au fond de la plaie cranienne; la pie-mère, avec ses ramifications vasculaires, paraît normale.

Le 7 octobre, on ne constate plus aucun trouble mental chez M.. Seul l'embarras de la parole persiste. Dès que M... veut se lever il éprouve du vertige et est obligé de se recoucher ou de s'asseoir. Dans la position assise, ces troubles ne se produisent pas.

Comme troubles résiduels de la mémoire, on ne relève qu'une amnésie portant sur une période allant des premiers jours de son arrivée à l'hôpital de Laon jusqu'au 15 septembre environ. Il est à remarquer que cette période correspond à la phase de la maladie durant laquelle M... sommeillait presque continuellement.

A la fin d'octobre, M... est complètement rétabli. La plaie cranienne est guérie. L'embarras de la parole est disparu.

Oss. IV. — L..., âgé de trente et un ans, entre à l'Hôpital temporaire de Laon, le 1^{er} septembre 1914. Il a reçu une blessure cranienne le 30 août, dans un combat aux environs de Guise.

A son arrivée à l'hôpital, L... nous donne les détails suivants qui sont confirmés par d'autres camarades blessés comme lui dans le même combat.

Il a été blessé le 30 août dans la matinée ; sa compagnie était déployée en tirailleurs et il était dans la position du tireur couché quand il eut un éblouissement et ressentit un *sentiment particulier de bien-être* ; il est resté quelques minutes dans un état de subconscience très agréable ; il a pris son sac et a gagné seul, sans aide, l'ambulance où il fut pansé immédiatement. Hospitalisé dans une ferme, il y resta jusqu'au 1^{er} septembre ; de là, il fut amené à Laon en automobile.

On constate une plaie du cuir chevelu allongée de haut en bas, située à la partie postérieure et inférieure du pariétal droit.

L'os a été érodé très obliquement, on aperçoit au fond de la plaie les battements du cerveau. Les parties voisines sont œdématisées. Un pus peu épais s'écoule de la plaie. A 4 centimètres de la partie inférieure de la plaie, dans la même direction que celle-ci, on sent, à travers le cuir chevelu, une masse dure, arrondie, mobile, qui est une balle de shrapnell.

A son entrée, L... ne paraît présenter aucun trouble mental. Il répond à toutes mes questions, ses souvenirs sont nets, il est bien orienté. Cependant, on peut faire déjà la remarque suivante : L... ne cause pas à ses camarades ; il s'isole, il dort, non seulement la nuit, mais une grande partie de la journée. Pas de céphalalgie, pas de troubles moteurs.

Les jours suivants, ces symptômes s'accusent progressivement et L... tombe dans un état presque continue de somnolence. Abandonné à lui-même, il dort, Il faut lui parler fort pour qu'il ouvre lentement les yeux. Il faut lui poser plusieurs fois la même question pour obtenir une réponse. La confusion des idées ne consiste qu'en lenteur de l'idéation. Il nous donne de nouveau des détails sur la façon dont il fut blessé ; il sait qu'il est à Laon, il est bien orienté dans le temps. Il nous donne son âge ; il est marié, il a deux enfants, l'un, âgé de trente mois et l'autre de quinze mois. Dès que nous cessons notre interrogatoire, L... semble absent, ne s'intéresse à rien, ferme les yeux et se rendort. Souvent, il se couvre la tête de son drap ou de sa couverture.

On ne note toujours aucun trouble paralytique, aucun phénomène convulsif. Les réflexes patellaires sont normaux. La

sensibilité à la douleur paraît émoussée. Pas de troubles oculaires. Pas de maux de tête, de fièvre. Le pouls est plein et lent (70 pulsations à la minute).

Dès le lendemain de son arrivée, nous rasons les régions voisines de la plaie et, après avoir pris toutes les précautions aseptiques et antiseptiques, nous procédons à l'extraction de la balle située sous le cuir chevelu. Celle-ci est déformée, aplatie d'un côté.

Les jours suivants, la plaie supérieure primitive suppure abondamment. Le pus est épais et jaune. Des esquilles osseuses s'éliminent d'elles-mêmes. La surface de l'orifice cranien est de celle d'une pièce de 1 franc.

Du 4 septembre au 10 septembre, une sensible amélioration se manifeste dans l'état du blessé. Il commence à fréquenter ses camarades, leur parle de sa famille; il mange seul. Il présente encore, par moments, un certain degré d'apathie, d'indolence. La plaie a bon aspect et suppure peu. On voit nettement au fond de la plaie supérieure les battements du cerveau; la dure-mère est sphacélée. Pas de température.

Le 11 septembre et les jours suivants, la somnolence est plus prononcée; torpeur intellectuelle très accusée. Légère agitation nocturne; L... se lève et semble chercher quelque chose. Pas de température le matin; pouls très lent. Le soir, fièvre et visage vultueux, les pommettes sont rouges, pouls rapide.

16 septembre. Secousses cloniques dans le membre supérieur gauche rendues surtout évidentes quand on demande au sujet d'étendre ou de fléchir son bras. Les mouvements sont maladroits et ataxiques. On note un certain degré de contracture qui empêche le sujet d'étendre complètement le bras. Pas de troubles apparents de la sensibilité objective. Le sens stéréognostique est conservé. L... paraît souffrir quand on imprime au membre des mouvements passifs. Pas de vomissements, pas de maux de tête. Inappétence. Gâtisme.

La torpeur intellectuelle est plus prononcée. On a de la difficulté à obtenir quelques mots. Facies et regard hébétés. Somnolence presque continue.

18 septembre. Les mouvements cloniques du membre supérieur droit persistent, on en constate aussi dans le membre supérieur gauche, mais très peu accusés. On ne les voit en évidence qu'en demandant au sujet d'étendre le bras. Même état mental. La température atteint 39 degrés le soir.

19 septembre. La nuit a été agitée. Délire de rêve; L... se

levait continuellement, voulait s'habiller pour partir à la guerre, demandait s'il avait encore sa balle dans la tête, parlait de musique et fredonnait des airs. Même état de somnolence.

On trouve dans le pus du pansement trois esquilles osseuses et deux petits morceaux de balle de schrapnell. Température élevée. Sueurs profuses. Pas de maux de tête, pas de vomissements. Gâtisme. Les mouvements cloniques du bras gauche sont moins accusés.

22 septembre. Contracture faciale gauche portant surtout sur le facial inférieur. Inégalité pupillaire au profit de la droite. L... ne reconnaît plus personne. On ne peut obtenir de lui la moindre parole. Il ouvre par moment les yeux, a un regard hébété puis se remet à dormir. On peut encore lui faire absorber 2 litres de lait.

23 septembre. Même état. Les conjonctives sont injectées. Sueurs profuses. Température élevée.

24 septembre. Mort.

Obs. V. — V..., âgé de vingt et un ans, entre le 3 septembre 1914 à l'Hôpital temporaire de Laon.

Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur ses antécédents. D'après ses camarades, il a été blessé le 1^{er} septembre. Il porte une plaie du cuir chevelu, très petite, arrondie, située sur une verticale passant par le conduit auditif gauche et à 8 centimètres de ce dernier. Du pus s'écoule de cet orifice. Le crâne a été également traversé par le projectile.

V... est en état de confusion mentale. Il ne sait où il est et ne s'en soucie pas. Il sait qu'il est blessé, mais ne peut nous dire depuis quand ; il ne sait pas d'où il vient. Il sait seulement qu'il est tombé sans connaissance, n'a pas ressenti de douleur au moment où il a été blessé. Il ne peut préciser ce qui s'est passé ensuite. Il sait son âge, nous donne avec hésitation la date de sa naissance, le nom de son pays. Il n'a aucune notion de la date actuelle ; il sait qu'on est en 1914.

On ne constate aucun trouble moteur ou sensitif, aucun trouble oculaire. Pas de céphalalgie, de vomissements, de constipation.

Les troubles de l'activité sont variables. Tantôt V... est en état de torpeur intellectuelle complète. Il a l'apparence d'un sujet qui dort profondément. Il faut le secouer plusieurs fois pour obtenir qu'il ouvre les yeux. Abandonné à lui-même, il se rendort aussitôt. Cet état de somnolence est entrecoupé d'accès d'agitation confusionnelle au cours desquels il se lève, pousse

des cris, semble fuir devant un ennemi; il est parfois méchant, frappe les personnes qui le ramènent à son lit. Propos incohérents.

Cet état persiste sans changement les jours suivants. Du pus bien lié s'écoule de la plaie crânienne. V... est pansé plusieurs fois par jour, car il arrache son pansement. La température oscille le soir autour de 37°3.

20 septembre. Aucun changement dans l'état du malade. Appétit exagéré. V... mange gloutonnement ce qu'on lui donne. Il ne sort de sa torpeur que pour dire : « J'ai faim ». Quand on obtient quelques paroles, on constate que les propos sont incohérents. La parole est très basse.

Pas de troubles moteurs. Les réflexes patellaires sont faibles. La température oscille entre 37°5 et 38 degrés.

La plaie du cuir chevelu s'est fermée; le pus s'est collecté sous la cicatrice. On débride largement l'ancien orifice. Du pus bien lié s'écoule de la plaie.

29 septembre. Même état. Dans le jour, V... ne se réveille que pour dire : « J'ai faim »; pendant la nuit, les accès d'agitation et de méchanceté sont fréquents. V... prend des attitudes bizarres; il dort *la tête enfouie dans sa literie*, dans la position genu-pectorale; d'autres fois, il se tient ramassé en boule. Il grogne dès qu'on veut lui faire prendre une position normale. Gâtisme.

10 octobre. Depuis quelques jours, l'écoulement du pus est suspendu. La plaie du cuir chevelu s'est fermée de nouveau; on ne constate cependant pas de collection purulente à son niveau. La température atteint 39 degrés le soir.

La torpeur intellectuelle est très prononcée; V... tient ses paupières mi-ouvertes; par moments, il pousse des grognements. Appétit toujours exagéré; le sujet mange les matières qu'il a vomies. Amaigrissement. Gâtisme.

On décide de trépaner le malade le lendemain.

11 octobre. Large trépanation au niveau de l'orifice d'entrée du projectile. Quelques gouttes de pus épais viennent sourdre au niveau de l'orifice dure-mérien qui est largement débridé.

12 octobre. Même état. Le malade arrache son pansement.

13 octobre. Somnolence continue. Amaigrissement.

17 octobre. Mort.

AUTOPSIE. — L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. Elle n'a porté que sur le cerveau.

Les os du crâne sont très minces, surtout au niveau des

régions pariétales. Pas d'adhérences méningo-craniennes. Le cerveau est enlevé facilement de la boîte crânienne.

La pie-mère paraît normale, non congestionnée. Pas d'adhérences méningo-corticales.

Perte de substance superficielle au niveau de la pariétale ascendante correspondant à la région du crâne trépanée. Aucune trace de pus à ce niveau.

Au moment où l'on sépare le cervelet du cerveau, le couteau tombe sur un corps dur de la grosseur d'un petit pois, irrégulier de forme, qui est un petit fragment d'obus. Ce corps étranger est logé exactement sur la ligne médiane au-dessus du pédoncule cérébral entre la partie antéro-supérieure du cervelet et la base du cerveau, il baigne dans un pus jaune épais remplissant une petite cavité arrondie d'un centimètre de diamètre environ.

Sur les coupes vertico-transversales portant sur l'hémisphère gauche, on ne trouve aucune trace du trajet suivi par le projectile pour aboutir ainsi à la région médiane occipito-cérébrale. On ne trouve aucune trace d'abcès au niveau de la région trépanée.

Sur les coupes vertico-transversales portant sur l'hémisphère droit, on trouve dans les noyaux centraux des abcès multiples dont les plus gros ont la dimension d'un pois. Ces abcès, situés les uns à côté des autres, ont pour point de départ l'abcès principal situé à la partie postéro-supérieure du pédoncule cérébral et contenant le projectile. Ils renferment un pus épais, ne s'écoulant pas à la coupe.

Rien à noter sur les coupes du cervelet et du bulbe.

Diverses parties sont prélevées en des régions diverses en vue de l'examen histologique.

OBS. VI. — Q..., âgé de vingt-huit ans, entre à l'Hôpital temporaire de Laon le 31 août. Il a été blessé le 29 août.

Q... est atteint de plaie pénétrante du crâne par balle. L'orifice d'entrée est située au niveau du pariétal gauche (centre de Broca).

Un pus liquide formant en séchant des croûtes jaunâtres s'échappe de la plaie. Pas d'orifice de sortie.

Q... est atteint d'aphasie motrice. On ne peut obtenir de lui aucun mot. Il comprend les phrases courtes et simples telles que : Montrer la langue, donnez la main gauche, etc. Il comprend les gestes. Il est impossible de le faire écrire spontanément sous dictée ou sous copie.

Paralysie faciale droite portant surtout sur le facial inférieur.

Pas de paralysie des membres; pas de troubles oculaires. La sensibilité à la douleur est conservée des deux côtés. Réflexes patellaires normaux. Température 38 degrés.

Désinfection de la plaie. Pansement à la gaze stérilisée.

Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort qui eut lieu le 5 septembre, ce blessé n'a fait que dormir. On n'arrivait à l'alimenter qu'après l'avoir secoué fortement, il fallait même souvent lui introduire les aliments dans la bouche. On peut dire qu'il continuait à dormir en mangeant. Il n'ouvrait les yeux que quelques instants, puis retombait dans son état stuporeux. Q... prenait des positions bizarres; il se couvrait de son drap et de ses couvertures et enfouissait sa tête sous son traversin. Il lui arrivait parfois de se lever et de rester debout immobile auprès de son lit. Pas de catatonie. Gâtisme. La température a oscillé pendant cette période entre 38 et 39 degrés.

Cet état ne présenta aucun changement jusqu'au moment de la mort qui eut lieu cinq jours plus tard. Il était devenu impossible d'alimenter le malade.

Ces observations présentent plusieurs points communs. Le premier fait est l'absence de choc traumatique au moment même où a eu lieu la blessure. C'est là une constatation très particulière qui diffère de celle que l'on observe dans les traumatismes cérébro-craniens en général.

Dans nos cas, le trauma ne s'est pas accompagné de perte de connaissance, mais d'une simple obnubilation intellectuelle. Non seulement nos blessés continuaient à se rendre compte de ce qui se passait autour d'eux, mais ils ne souffraient pas; ils éprouvaient plutôt une sensation agréable de bien-être, de quiétude. Quelques-uns nous ont dit que, s'ils étaient morts quelques heures après avoir été blessés, ils n'auraient pas éprouvé la moindre souffrance physique, mais une sensation agréable comparable à celle que l'on ressent quand on

prend du repos après une grande fatigue. Un de nos sujets a continué à avancer en tiraillleur après avoir eu le crâne et le cerveau traversés par une balle ; c'est à la vue du sang qui s'écoulait de la blessure et quand un camarade lui dit qu'il était blessé qu'il a perdu connaissance.

Les troubles confusionnels ne sont pas apparus immédiatement. Un certain laps de temps variant entre un et quelques jours s'est écoulé entre le moment de l'accident et le début des troubles mentaux.

Cliniquement, rien de particulier ne caractérise la confusion des idées. L'incohérence du langage se rapproche de celle que l'on rencontre dans le délire onirique ; par contre les troubles de l'activité sont des plus curieux. Nos sujets ont présenté un état de torpeur cérébrale, de somnolence qui n'était entrecoupé que par de courts moments d'agitation confusionnelle. Quand on approchait d'eux, ils semblaient dormir ; leur sommeil paraissait profond, ne différant en rien au premier abord du sommeil normal. Ce sommeil pathologique était pour ainsi dire continu. Le bruit, la voix ne suffisaient pas pour réveiller le sujet ; il fallait les secouer fortement pour les tirer quelques instants de leur somnolence. Cet état a précédé parfois de plusieurs jours la confusion des idées et fut le premier symptôme cérébral. Dans un de nos cas, le sujet s'est mis à somnoler bien avant que survienne la confusion des idées. Pendant plusieurs jours, ce fut le seul symptôme qui permettait de juger de la gravité du cas. On est obligé de réveiller de tels malades pour les faire manger ; il arrive parfois qu'ils avalent leurs aliments sans ouvrir les yeux. Ces troubles de l'activité donnent au tableau clinique une certaine ressemblance avec la maladie du sommeil. Comme dans cette affection, nous avons pu observer différents degrés dans les

troubles de l'activité allant de l'apathie et l'indolence à l'immobilité, pour aboutir à la somnolence et à la torpeur. Ces troubles étaient diurnes et nocturnes, quelquefois plutôt diurnes que nocturnes.

Dans leur lit, ces malades prennent des poses particulières ; la plupart se couvrent la tête de leur drap, de leurs couvertures et s'enfoncent même dans leur literie comme s'ils voulaient éviter tout bruit et toute lumière. Un de nos malades se couchait la tête en bas, le dos en l'air, il restait ainsi pendant plusieurs heures de suite. Il est difficile d'expliquer la cause de telles attitudes. De nos quatre sujets atteints de confusion, le seul qui ait guéri n'a pas gardé le souvenir de ces troubles de l'attitude et n'a pu, par conséquent, nous en donner l'explication. Chez un de nos blessés, un certain degré de puérilisme accompagnait l'état confusionnel.

Les troubles de la mémoire ont toujours été peu prononcés. Les malades, même au moment du maximum de leur confusion, pouvaient encore nous donner quelques détails sur les conditions dans lesquelles ils avaient été blessés. Chez le sujet qui a guéri, nous n'avons pas observé d'amnésie rétro-antérograde. Dès le début de la guérison, les souvenirs étaient normalement conservés et ne s'effacèrent plus dans la suite. Comme trouble résiduel, nous n'avons relevé chez lui qu'une amnésie localisée portant sur la période très courte pendant laquelle la torpeur intellectuelle avait été la plus prononcée.

Les symptômes généraux des affections cérébrales ont fait défaut chez nos sujets. La céphalalgie entre autre a été exceptionnelle. Même à la période la plus accusée de confusion, les sujets ne se plaignaient d'aucune douleur de tête. Nous n'avons observé ni constipation, ni vomissement.

Les symptômes de localisation cérébrale ont été très

variables. Les uns ont été précoces, les autres tardifs. Les premiers ont consisté en aphasie motrice, paralysie faciale, cécité corticale; ils étaient déterminés par la lésion directe du centre correspondant par le projectile. Les symptômes tardifs (seconsses cloniques localisées, contractures, paralysies) ont été occasionnés par un processus inflammatoire surajouté à la lésion primitive. Un de nos sujets a présenté un embarras très prononcé de la parole qui a persisté encore quelque temps après la disparition de l'état confusionnel.

Comme troubles des fonctions physiques, nous signalerons la boulimie. La plupart de nos sujets ne se réveillaient que pour demander à manger. Ils avaient toujours faim et demandaient de nouveau de la nourriture après leurs repas.

Quant à la température du corps, elle a varié suivant les cas. Les formes peu graves ne se sont accompagnées que d'une fièvre légère et de courte durée. Par contre, les températures élevées avec défervescence matinale accentuée ont toujours été un signe constant de pronostic très grave.

ÉTUDE

SUR

CERTAINS CAS DE NEURASTHÉNIE

ET, A LEUR PROPOS

SUR CERTAINS ÉTATS PSYCHOLOGIQUES
OBSERVÉS SUR LA LIGNE DE FEU

Par le Dr André GILLES

Interne des asiles de la Seine,

Médecin aide-major au 294^e régiment d'infanterie.

Nous allons essayer d'analyser ici un état de dépression, voisin des états neurasthéniques, qui se manifeste sur la ligne de feu chez ceux qui en ont subi les bombardements répétés, chez ceux, surtout, qui ont été soumis de longs mois aux conditions précaires de la vie des tranchées. Empruntant à ces circonstances sa forme particulière, cet état de dépression, plus nerveux qu'organique, plus encore psychique que nerveux, est constitué par de multiples symptômes qui, chacun en soi, sont relativement discrets, mais qui, ensemble, par leur fixité et leur constance, arrivent à créer un malaise, diffus peut-être, mais tenace, capable de diminuer sérieusement la résistance de qui en pâtit.

Cela n'est presque qu'un malaise, cela évolue sans fracas, celui même qui souffre hésite à se plaindre, se demandant s'il est arrivé à la limite extrême de l'effort qu'exige sa conscience du devoir à accomplir. Celui, le médecin du régiment, à qui il confesse son état, se

demande si le cas est tel qu'il nécessite l'évacuation d'une unité de valeur. De valeur, car cet état morbide affecte particulièrement des intellectuels, des officiers et parmi eux, presque toujours, ceux qui s'étaient fait remarquer par leur allant : le ressort s'est brisé là où l'énergie l'avait fait de meilleure qualité ; là, où la volonté l'avait le mieux tendu.

Et pour le médecin, le cas de conscience se pose très pénible, d'autant plus troublant qu'il porte sur un camarade de qui il a partagé les risques et les misères, dont il connaît la valeur, dont lui, qui a charge de l'intérêt du régiment et qui doit en maintenir les effectifs, sait l'utilité au front, alors que des troubles physiques, tangibles, marquants, font défiant, qui pourraient lui donner les éléments concrets et absolus de son jugement. Le médecin doit s'ériger en juge alors qu'il s'agit d'un arbitrage souvent exclusivement moral. Il craint de s'y laisser aller à trop de complaisance ou à trop de rigueur. Toute suspicion de simulation étant écartée dans la presque totalité des cas, par la valeur même du sujet, il reste néanmoins ce départ difficile à faire : le sujet est-il réellement à la limite de sa résistance ? ou bien s'exagère-t-il les signes et les conséquences des phénomènes nerveux qu'il accuse ? De par la nature même de l'élément psychique à tendances mélancoliques, le malade s'écoute : jusqu'à quel point n'écoute-t-il pas une vraie souffrance ? Exagération, défaillance, lassitude que vaincrait un réveil d'énergie, ou bien dépression objective, surmenage dangereux, dignes d'être pris en considération, tel est le problème.

Il nous semble que si certains cas se réduisent à un état de surexcitation nerveuse, accompagné de dépression mentale, créé par la lassitude, état léger cependant, subjectif contre lequel il est possible de réagir, certains autres aboutissent à des troubles plus profonds. Ils se

complicité alors d'une insomnie rebelle, d'accès de palpitations atteignant parfois des paroxysmes dramatiques, de symptômes psychiques qui ont pu aller jusqu'à l'hallucination et le somnambulisme.

Nous allons, pour l'instant, nous efforcer de dégager la part que les circonstances de guerre prennent dans la détermination de ces états.

I

Voici six, huit mois et plus que le régiment stationne dans les mêmes tranchées d'un même secteur ou, après un voyage de quelques jours vers un autre point du front, dans des tranchées identiques. C'est, chaque fois, face à face avec l'ennemi invisible, à quelques mètres, la lutte aveugle et sourde des grenades, des mines; c'est tous les nerfs en alerte, la veillée constante qui doit parer à l'attaque; c'est chaque moment de l'existence passé dans le champ meurtrier des balles et des obus. A chaque bruit que l'on fait, à chaque geste imprudent qui vous découvre, c'est une balle qui siffle à vos oreilles, à moins que l'ennemi ne vous honore de la salve d'une mitrailleuse ou d'un obus.

De temps à autre, il y a la période de repos. Tantôt, pour les troupes qui ont donné dans une attaque ou une contre-attaque, ce repos est, en attendant l'arrivée de renforts qui combleront les vides, le séjour dans un village de l'arrière : là on voit des civils, on n'entend le canon que sourd et lointain, on se refait, mais on est entassé à l'étroit dans les granges. En général, pour les troupes qui n'ont pas payé dans ces gros chocs la rançon du calme, le repos est le séjour d'une dizaine de jours dans les tranchées et les villages de la seconde ligne. La seconde ligne, située, selon la texture du terrain, à trois ou cinq kilomètres de la première, est à

l'abri des balles, mais les obus y tombent : le « poilu » les y craint souvent plus qu'en première ligne ; il semble que, venus de plus loin, ils sont plus imprévus et que leur atteinte, les abris sont ici plus rares, est plus difficile à éviter. Dans cette seconde ligne, il y a tantôt un village abandonné, pulvérisé par les bombes. tantôt un village plus heureux, moins désert et où les ruines sont plus espacées. Mais le plus souvent, le poilu ne quitte une tranchée que pour trouver une autre tranchée moins bien aménagée. La garde à la banquette de tir et aux écoutes y est remplacée par des corvées qui semblent peu plaire aux hommes ; le chiffre des malades à la visite le prouve : sans raisons sanitaires, il est, en général, quintuplé. La nécessité de tenir les réserves proches et prêtes à la riposte interdit le choix d'emplacements plus favorables. Tel est le régime normal des combattants sur les trois quarts du front, là où le calme est relatif et la situation stationnaire. Parfois, rare, de plus en plus rare, à mesure que les lignes se sont fixées, un petit drame, attaque ou bombardement plus intense, vient rompre la monotonie.

Hâtons-nous de dire que ce régime est compatible avec un excellent état sanitaire physique et moral de la troupe, grâce à des ressources intérieures d'endurance et de bravoure que viennent soutenir une alimentation qui ne fait jamais défaut, des conditions de logement où l'ingéniosité de nos hommes vient mettre chaque jour un peu plus de sécurité et de ce confort improvisé où ils excellent. Par ailleurs, ce régime-là où se sont manifestés les cas que nous allons étudier, n'est pas trop meurtrier. En temps normal, les pertes peuvent osciller selon les points entre six et un homme seulement par régiment et par jour. Le poilu grogne un peu, par habitude, mais il a conscience de son devoir et trouve en lui-même la discipline qui le fait tenir.

Si nous nous sommes étendu sur cette description de la vie des troupes de tranchées dans ce que l'on peut appeler un secteur calme, c'est qu'elle constitue l'étiologie des états dépressifs que nous avons l'intention d'analyser. Elle nous permet de définir la zone où ces accidents se produisent, puis ensuite de situer les circonstances psychologiques qui, dans la guerre d'usure, déterminent ces crises de dépression. Elles ne sont en somme, qu'une atteinte de l'usure morale, localisée à certains individus prédisposés, chez qui elle prend une acuité morbide.

Les accidents nerveux et psychiques qui constituent cette dépression neurasthénique se manifestent dans la zone de guerre proprement dite, c'est-à-dire une zone de 4 à 5 kilomètres de profondeur, tout au long du front, presque là où tombent quotidiennement les obus. Tant par sa forme, que nous allons lui voir, que par ce milieu, c'est donc bien une affection de guerre.

Dans certains points que des luttes épiques font célèbres, l'intensité formidable du feu, du fracas et de l'action a déterminé des traumatismes et des accidents mentaux qui ont pris à l'ampleur des chocs l'intensité de leur allure. Ici, il s'agit de phénomènes qui se produisent dans les zones d'activité moyenne, passives et où le sentiment de cette passivité même joue un rôle important. Il s'agit d'états limités, discrets, sinon bénins, que produit tout autant l'inaction et son cortège déprimant que les grandes émotions du combat. L'usure lente a préparé le terrain, le choc qui déclanchera la crise peut souvent être léger.

Ces quelques notions d'étiologie posées, considérons un instant les circonstances psychologiques de cette usure dont triomphe l'innombrable majorité de ceux qui conservent l'intégrité de leur bonne humeur et de leur

santé, mais qui peut submerger ceux qui ont atteint la limite de leur résistance nerveuse.

Il y a d'abord les gros facteurs moraux : situations perdues, éloignement des siens, deuils, inquiétudes patriotiques ; ceux-là sont les mêmes pour tous ; chacun en a, dès le début, pris son parti ; il n'y a pas à en faire particulièrement état dans les cas qui nous occupent. La raison, l'amour-propre qui nous défendent de flancher, la volonté patriotique de vaincre ont fait taire chez tous les préoccupations intimes, de même que la bravoure a maté la peur instinctive de la bête qui voudrait fuir le danger. La même élévation de l'énergie de chacun, quel qu'il fût, a fait un courage identique à tous ceux de la ligne de feu, dont il est devenu l'attitude banale, naturelle. Mais, pour les avoir subies de longs mois, mille petites misères inhérentes à l'existence en commun dans la paille des abris souterrains arrivent à prendre une importance sur laquelle insisteront nos malades.

a). Le *sommeil*, sur la ligne, est toujours relatif, troublé par l'ébranlement des éclatements, le crépitement de la fusillade, le claquement assourdissant des départs. Mais pis, il y a les puces, les araignées, les bestioles des champs qui se vengent de cette invasion d'hommes dans leur domaine, et surtout les souris, les rats qui s'acharment, malgré tous les pièges, à courir sur le dormeur. La vie civilisée, qui nous avait accoutumés à nous déshabiller et à coucher dans la fraîche blancheur des draps douillet, nous empêche de prendre la rude habitude, mais nécessaire, de coucher sur une paille humide, tout vêtus de vêtements souvent mouillés. Cela va bien un mois, deux mois, mais plus, cela devient pénible. Pour nos nerveux, les souris deviendront facilement des rats et les rats des monstres horribles. Les réveils les trouveront plus courbaturés que les couchers.

Le manque de confort et d'aise de tous les instants vient s'aggraver l'hiver, et souvent l'été même, de l'engluement de la boue. L'obsession de cette boue glaciale, dont on ne peut se défaire, qui poisse les vêtements, cette boue dans laquelle certains se sont enlisés à jamais. Les infiltrations d'eau dans la demeure improvisée, toujours humide, tout ceci, joint au sommeil précaire, finit à la longue par lassér les plus endurcis et les plus résignés. Joignez à cela le surmenage dû à la responsabilité. L'homme est en sentinelle, le gradé de quart, toujours tendus, toujours anx agnets.

b). Pour calmer nos surexcités nerveux, il faudrait l'isolement, le recueillement. Or, à la tranchée, étant donné la densité des effectifs, la nécessité d'être toujours présent, la *promiscuité* est obligatoire et fatales les frictions qu'elle engendre. On vit l'un sur l'autre depuis des mois, heureux quand la sociabilité arrive à triompher de la diversité des humeurs. La camaraderie vient certes mettre son baume, et le lien des dangers passés en commun remplace en partie les affections délaissées. L'absence de femmes, évitant les conflits de la concurrence sexuelle, fait cette camaraderie plus solide mais condamne par ailleurs de jeunes hommes à une chasteté prolongée. *Affectivité à demi-satisfaite, sensualité inassourvie*, il y a déjà là les occasions d'un déséquilibre.

La nécessité sociale des relations avec nos contemporains nous amène insensiblement, dans la vie normale, et c'est là le garant de notre sociabilité, à prendre une attitude policée dans laquelle nous refoulons nos impulsions, contrôlons nos défauts sous le voile du sourire amène ; mais ce rôle, car c'est un rôle, nous ne pouvons le tenir continuellement, nuit et jour, aujourd'hui et demain. A la tranchée, l'esprit, le caractère quittent leur vêtement de parade et chacun laisse voir son

déshabillé. Ce qui reste à chacun de son attitude, c'est ce qui en est le plus stéréotypé, partant le plus monotone, le plus agaçant. Ce qui prend du relief c'est, comme entre vieux époux lassés, le tic, la manie, la saute d'humeur. Les marins, pour en avoir souffert, connaissent en partie cette contiguïté. Ici, le tassement nécessité par le danger la fait encore plus serrée.

Au milieu de tout cela, les incompatibilités, les conflits de prérogatives, de grades prennent, entre sujets nerveux, irascibles et susceptibles, une acuité particulière. La monotonie pousse, par ailleurs, à l'ennui, l'ennui au pessimisme. Il est facile de concevoir combien la triste mélodie du pessimiste, qui épluche le journal pour n'y trouver que matière à commentaires chagrins, influera fâcheusement sur le tonus et l'esprit du nerveux.

Si nous insistons sur le détail de ces incidents psychologiques, c'est que, comme chez tous les mélancoliques, ce sont eux qui prendront une importance exagérée dans l'esprit de nos malades, leur fourniront le thème de leur subdélire et prépareront le mieux l'état général de leur intellect à la crise.

c). Mais, par-dessus le sommeil précaire, les frictions de la promiscuité, ce qui pèsera le plus sur l'âme du mélancolique, c'est le sentiment de l'inaction et dans cette inertie du risque, permanent, passif, contre lequel il ne peut rien et rien ne peut le protéger. Il n'y a pas une minute, dans la zone, où l'obus ne peut vous atteindre, l'asphyxie vous terrasser. C'est un siège que l'on subit depuis de longs mois, dont la stagnation actuelle des opérations ne vous laisse pas entrevoir la fin, une place où vous tient d'un côté l'ennemi et de l'autre la discipline; et ce sentiment atteindra par instants le plus résolu, le jour où quelques illusions déçues auront laissé tout pantois ses espoirs. Demi-siège, certes, les vivres

et les nouvelles fraîches arrivent, mais le sentiment de l'essoulement n'en existe pas moins et double les effets pénibles de l'inaction et du risque.

L'inaction : chacun est, par les nécessités de son rang ou de son service, en faction ; chacun est plus ou moins de garde en un point fixé qui lui interdit les escapades où détendre ses membres. Il faut se ratatiner à la mesure étroite du boyau ou de l'abri. Même à l'arrière, le champ du mouvement est limité par le danger de s'engager dans des zones battues : en dehors des nécessités du service, c'est un crime stupide de se faire tner. Chacun est là, à attendre à son poste fixe l'événement et la quantité du mouvement de ce fait, en est fort amoindrie.

L'inaction entraîne ainsi le désœuvrement. Puis, il y a le manque de distractions dans un horizon désolé par les ravages de la guerre qui vous amène insensiblement à l'ennui, au sentiment de l'impuissance.

L'inaction, c'est encore, multipliant le sentiment personnel, le sentiment que l'on a d'une situation identique sur tout le front, où les variations insuffisantes reculent les chances de modifications prochaines ; ce qui vient noyer le besoin vital d'activité dans un malaise général.

Or, nous verrons que l'état de dépression aiguë que nous étudions a atteint des gens essentiellement exubérants, des gens qui se faisaient remarquer dans la vie normale par leur activité et leur gaieté.

Ils sont arrivés à la guerre avec tout leur entrain, leur désir d'agir, de se distinguer. Ils se buttent contre les fils de fer barbelé, ils s'embourbent dans la passivité et l'impersonnalité de la guerre nouvelle. Ils ont d'abord réagi, ils se sont surmenés dans cette réaction, ils ne se sont pas adaptés. Le besoin d'agir qu'ils ont pour eux-mêmes, d'activité qu'ils étendent aux circonstances

dans lesquelles ils sont appelés à jouer un rôle, est insatisfait. Ils en éprouvent une souffrance.

La sensation du risque : elle est beaucoup plus nette dans l'inaction et le désœuvrement, alors que la bravoure est facile dans l'action et le travail. La source, devenue invisible, du danger, vous interdit la vengeance, vous le rend plus pénible.

Cette guerre a fortement déconcerté les notions préconçues de l'héroïsme qu'avaient nos soldats. L'allure des premières actions les a étonnés. Il a fallu un nouveau courage à nos troupes et elles l'ont eu. Il est certain, cependant, que notre poilu a été surpris, mais il n'a pas été désemparé ; il a eu un réflexe, celui de la colère contre l'ennemi. Chacun s'était plus ou moins armé d'une vision du courage qui lui serait un jour nécessaire. On était prêt aux folles ruées à la baïonnette, aux chevauchées épiques. Or, pour notre pauvre fantassin, l'histoire de ses campagnes se réduit à peu de chose : « on » a marché, sous le soleil implacable, interminablement ; « on a couché » dans des granges, aux hasards des cantonnements, dans des villages aux noms inconnus ; puis on a marché, et remarché, jusqu'à ce qu'un jour le régiment quitte la route pour se déployer dans la plaine. On s'est disloqué en petits paquets ; ces petits paquets d'hommes ont couvert les champs d'un damier mouvant, on s'est accroupi, on s'est relevé plusieurs fois en bonds successifs. Il paraît que lorsque l'on voit s'accomplir ce petit jeu, c'est que l'on prend la formation de combat. « On est resté » ainsi dans un champ de betteraves.

Au loin on entendait le canon, on voyait sur les hauteurs de petits flocons blancs, ce sont des éclatements. Puis tout à coup les petits flocons se sont approchés, il y a eu des explosions assourdissantes, dans une fumée noire, de grosses gerbes de terre et de mitraille ;

sifflant et hurlant, les obus, par rafales sont tombés sur le régiment. On a essayé de voir d'où cela venait mais on n'a jamais rien pu distinguer ; l'ennemi, paraît-il, était là-bas, derrière les crêtes, à l'horizon. « On » est resté là longtemps, « on n'a pas eu à manger, » des camarades ont été touchés, de plus en plus nombreux, de plus en plus près de vous ; il y en a là qui meurent à côté. On s'est fait le plus petit possible derrière son sac — cela donne confiance, — on a guigné pendant des heures l'abri illusoire d'un buisson, un peu plus loin, à la lisière du champ. On ne sait pas combien de temps cela a duré. Puis un ordre est venu et on a remarché, heureux quand c'était vers l'avant, abruti quand c'était vers l'arrière. Il paraît qu'on était en soutien, le pauvre « on » est toujours ainsi en soutien de quelque chose à recevoir des volées d'obus on l'ondée mortelle des mitrailleuses, sans répondre. Dans les grandes batailles, notre fantassin a ainsi presque toujours subi sans pouvoir lutter, sans découvrir l'ennemi dans le corps à corps qu'il souhaitait impatiemment. Recevoir ainsi, impuissant, désarmé, la mort sournoise, cela demande pour ne point broncher un gros effort. Gros effort et peu de gloire, ce que le fantassin a ragé !

Malgré tout, dans ces premières semaines, à marcher, à se battre, les horizons du combat changeaient, l'action dramatique galvanisait les énergies. Mais, du jour où il a fallu se terrer dans les tranchées, si l'on s'y sentait plus en sûreté, la passivité apparente vis-à-vis du danger n'en devenait pas moins de plus en plus sensible. La durée de ce danger dépasse bien au delà tout ce que les guerres antérieures avaient pu faire prévoir. Il ne s'agit plus du plongeon héroïque de quelques heures dans la fournaise au milieu des cris enthousiastes et des gestes valeureux. Il faut « en-

caisser », répondre de temps à autre, dans le vide, sans savoir si le coup a porté. Le courage, c'est savoir attendre et espérer. L'obus laisse calme, il n'y a pas à le fuir car la mort aveugle peut venir tomber là où vous êtes, ou bien plus loin, affaire de chance !

d) En face de ces circonstances nouvelles la *réaction moyenne* a permis à chacun de s'adapter facilement, l'amour-propre, le sang-froid, la volonté de tenir aidant.

Quant aux mille misères, elles créent un ennui, une lassitude physique et surtout intellectuelle qui, par instant, occasionne, chez les plus braves et les plus endurants, des périodes de dépression et de découragement qui s'accompagnent, sous une forme atténuée, des symptômes de l'état neurasthénique qui fait l'objet de ce travail. Mais on reprend le dessus, on est jeune, bien portant, on a la gaieté essentielle de la jeunesse et de la santé. On ne subit pas de privations héroïques. On est confiant au succès de nos armes, on a une capacité d'espoir sans cesse renouvelée.

II

Or, tel qui s'était jusqu'alors vigoureusement et vaillamment comporté vient trouver son médecin.

Il se plaint d'une immense lassitude, il n'a plus d'appétit, ne dort plus, souffre de maux de tête. Il a maigri, il ne se sent plus capable de supporter les épreuves auxquelles la rude guerre le soumet. Le moindre bruit l'affole, la moindre secousse émotive est pour lui l'occasion de crises de palpitations. Il se sent diminué intellectuellement, aigri, irascible et faible. Il ne peut détacher son esprit de visions tristes, il interprète tout en noir. Il est inquiet de sentir que cette anxiété malade prend le dessus sur son sang-

froid, il a peur d'avoir peur. Il craint d'être incapable de remplir la mission dont il est chargé. La nuit, lorsqu'il réussit à somnoler, son sommeil est hanté de cauchemars terrifiants. Chaque jour meurtrit un peu plus ses nerfs dont la sensibilité s'exacerbe, chaque nuit laisse un peu plus courbaturé son corps, et plus débile sa volonté.

Le médecin, qui a pu suivre les prodromes de son malaise, a pu constater que ce sujet, auparavant gai, plein d'entrain, manifeste depuis quelque temps des signes de découragement. Actuellement son humeur est sombre, taciturne. S'il reste par instants exubérant, c'est pour exprimer les raisons de son découragement auquel il cherche des causes pessimistes. Sa fatigue et sa dépression morale frappent d'autant plus par le contraste qu'elles font avec son attitude précédente. Il s'agit de ce que le public lui-même appelle un nerveux. Un individu actif, aux résolutions rapides, qui avait résisté aux dures épreuves des premiers mois, lors des campagnes actives du début, pour y trouver souvent même les occasions de se distinguer.

Précisons par l'exemple de quelques cas observés.

OBS. I. — X..., officier jeune, brillant, très décoré, a fait de nombreuses campagnes coloniales. Aux premiers combats s'est dépensé sans compter, je le revois notamment encore à la bataille de la Marne, dans une ferme ou pendant six jours consécutifs les obus ne cessèrent de tomber, assumant tranquillement dans le fracas de lourdes fonctions dans un état-major, fumant flegmatiquement sa cigarette alors qu'à quelques pas de lui les obus éventraient les chevaux de son escorte, écroulaient les murs qui l'abritaient. Il était là à stimuler les hommes en se portant lui-même aux points menacés, trouvant le mot drôle et parfois héroïque qui les entraîne.

Huit jours après, au troisième jour de la bataille de l'Aisne, nous devions l'évacuer.

Nous retrouvons maintenant un autre homme : l'œil hagard,

frissonnant comme le cheval qui vient de fournir une course forcée, sursautant au moindre bruit. Il ne mange plus, ne dort plus ; dans ses courtes périodes de somnolence, il a des rêves hallucinés au cours desquels il crie et se débat.

La surexcitation nerveuse est telle qu'il faut rapidement l'éloigner de la zone bruyante du combat. Je suis à même de l'observer, car je l'accompagne vers un village de l'arrière où je lui trouve un lit. Drap mouillé, chloral, j'essaye de le calmer. Pendant la nuit des cauchemars agitent son sommeil, il se dresse sur son lit, pousse des cris et, malgré que ses yeux soient grands ouverts, il continue son rêve anxieux jusqu'à ce que mes efforts le réveillent. Il demande alors où il se trouve. Il se rendort sous l'effet des calmants pour sursauter et s'affoler à tout instant au bruit pourtant lointain de la bataille.

Avec mon chef de service, nous instaurons le lendemain un traitement. Alitement dans le calme, médication tonique à base de cacodylate de strychnine, calmants, régime de désintoxication précédé d'une diète. Mais quatre jours après, cet officier reparaît sur le front de bataille. Nous le retrouvons qui se croit remis de cette crise et veut reprendre son service. Au bout de deux jours, les troubles reprennent à nouveau et nous devons l'évacuer une seconde fois.

Il reste en traitement à l'arrière quelques semaines. Il a depuis rejoint le front et je n'ai pas connaissance qu'il ait eu de rechute.

OBS. II. — X... capitaine d'artillerie. Depuis sept mois aux tranchées, plein de gaité, d'action, c'est pour lui une partie de plaisir d'aller en première ligne observer les effets de son tir. Tout à coup, il prend une attitude soucieuse, maigrit, jaunit, se dessèche. Il a perdu complètement le sommeil, l'appétit. Il s'attriste et s'effraye. Lui, qui était insouciant du danger, dit qu'il éprouve la sensation de la bête traquée, du condamné à mort. Sa raison n'est plus capable de mâter la panique de ses nerfs ; il a des accès de tremblement et de palpitations émotives au fracas que font ses propres pièces et alors qu'il en dirige lui-même le tir. Cette émotivité, cette surexcitation vont en s'exaltant. La dépression est à son comble après un bombardement persistant (huit jours) de nos positions. Il a fallu l'évacuer.

OBS. III. — X..., lieutenant. Cet hiver, dans la tranchée qu'il n'a pas quittée un instant et malgré de fréquents bombardements, a conservé un calme tel qu'il a pu y écrire une

pièce de théâtre. X..., officier de réserve, est journaliste. Actuellement, en juillet, il subit une crise de dépression pénible : nervosisme avec alternatives d'excitation et de prostration allant jusqu'aux larmes. Il dit ne plus pouvoir, par instants, articuler une parole, ses lèvres s'agitent mais le son ne sort pas. Il ne peut plus écrire une lettre, « son esprit est complètement obscurci ». Il lui semble même « que sa personne s'est dédoublée », il peut encore penser mais est incapable de maîtriser sa pensée et de l'exprimer en paroles ou en écrits. Il a peur de ne pas être à même de diriger ses hommes. La crise atteint son maximum après l'éclatement à quelques mètres de lui d'un gros obus (150 millimètres). Le sujet accuse, en outre, les symptômes précédemment observés dans les autres cas : céphalée, inappétence, insomnie et cauchemars avec rêves parlés.

Oss. IV. — X..., capitaine. Maigrit, perd l'appétit, se plaint d'insomnies rebelles. Son humeur s'assombrit. Dans son cas particulier, le malaise moral trouve le sujet de ses préoccupations dans une poussée d'eczéma. X... se livre alors à des interprétations pessimistes exagérées, « il sait, dit-il, ne pas pouvoir guérir dans les déplorables conditions où il se trouve » mais se refuse à être évacué ; « il est incurable », « la mort qu'il trouvera sur le front sera sa délivrance »... Cela ne l'empêche pas d'ailleurs de revenir constamment sur l'idée de l'évacuation qu'il refuse tout en la souhaitant comme le seul remède possible.

Oss. V. — X..., médecin. Un gai compagnon, a fait onze mois de campagne sans quitter un instant le régiment. A tenu le coup malgré de durs moments, a subi des bombardements sans faiblir, a fait, quelles que soient les circonstances, son service avec sang-froid et activité. C'est un nerveux : avant la crise qui l'a fait évacuer, il a eu quelques accidents que nous allons décrire, sans, dit-il, qu'aucun accident antérieur à la guerre les ait fait prévoir. Je note cependant, au hasard de conversation, que ce garçon gai et souriant a, au fond, toujours été exagérément susceptible, que, pour dormir, il a dû faire un usage soutenu de soporifiques : véronal, sulfonal, trional, dont il semblait forcer légèrement les doses. La guerre avait interrompu ces abus et le lourd sommeil pesant et naturel des fatigues avait fait son bienfaisant effet. Il mange ferme, il engraisse, il reconnaît qu'il ne s'est jamais mieux porté que depuis qu'il mène la saine vie de l'homme de guerre.

Un premier incident nerveux cependant se manifeste sous la forme d'une crise de somnambulisme, qui, étant donnés les lieux,

pouvait l'entraîner dans de dangereuses aventures. La scène se passa dans un poste de recueil avancé pour blessés : en rase campagne, sur la ligne des tirailleurs, un fossé dans lequel on s'aplatit. Il subit pendant deux jours et deux nuits, dans cette position un bombardement de tous les instants et de tous les calibres, le tir ne cessant pas une minute. C'était au sixième jour d'une grande bataille : surmenage, privations, fatigue, chaleur, puanteur nauséabonde de cadavres voisins — et ceci doit avoir sa part au point de vue de l'intoxication — tout le monde était en proie à cette involontaire stupeur où vous plonge le combat d'artillerie.

Or, dans la deuxième nuit, X... se dresse subitement dans l'obscurité et s'éloigne. Assoupi, je pense pour ma part qu'il va satisfaire un besoin naturel. Son absence se prolonge cependant et nous ne le retrouvâmes qu'au bout d'une heure et demie, gesticulant dans la nuit, courant à travers champs, poussant des cris : « Halte-là, qui va là, qui vive ! », hagard, ne parvenant pas à nous reconnaître. Il ne reprit conscience qu'au bout de quelque temps, se demandant en s'éveillant où il pouvait bien être. Les quelques coups de feu qu'il avait essuyés dans sa randonnée de la part des avant-postes ne l'avaient pas tiré de son rêve. Cette crise de somnambulisme, la première qu'il eut, me dit-il, l'affecta mais ne diminua pas son entrain.

J'ai partagé complètement l'existence de ce sujet, c'était un grand fumeur mais un buveur très moyen, un petit verre par jour. Au moment de cette crise, nous n'avions même ni tabac, ni alcool. Il semble donc qu'en cette occurrence, seules les circonstances doivent être incriminées. Sous la torpeur apparente, l'ébranlement nerveux causé par les détonations ayant provoqué de vives réactions du sub-conscient.

Une seconde fois notre sujet a présenté des troubles nerveux. Ici il semble qu'il y eut un choc émotionnel. Tel est rapidement relaté, l'épisode qui le provoqua : une de nos compagnies, surprise dans un fourré, s'y est fait décimer. Il avait fallu la nuit, ramper dans ce fourré, si touffu qu'on ne pouvait s'y tenir debout, et, dans l'obscurité, l'ennemi étant à quelques mètres, tâtonner dans la boue de sang et de débris humains, palper les corps de ceux qui râlaient pour mesurer l'étendue de leurs blessures et voir si leur état permettait de les ramener dans nos lignes. Notre nerveux fut fort frappé par cette besogne et dut s'éloigner en défaillant de ce charnier. Consécutivement à cette émotion, pendant les huit jours suivants, X... nous

réveillait chaque nuit par ses cris et son agitation. Dressé sur le tas de foin qui nous servait de couchage, il saisissait violemment ses voisins, les secouait, demandant avec anxiété « qui est là ? où suis-je ? », fixant l'ombre, il croyait y voir des formes et criait « qui vient là ? ». Il n'arrivait à se reconnaître et à s'apaiser qu'au bout de quelques instants. Ces cauchemars durèrent régulièrement une semaine. Dans la journée, X... était calme, il n'avait rien perdu de son énergie et de sa sérénité, ni même de sa gaîté.

Cet incident suivit le premier à trois semaines de distance. Puis l'ordre se rétablit petit à petit, il fit à la suite neuf mois de tranchées sans autre accident que cette crise tardive de dépression qui le fit, au bout de onze mois de campagne, évacuer pour neurasthénie.

Depuis deux mois alors il avait progressivement perdu sa bonne humeur et son entrain. Lassitude d'une part et nervosisme de l'autre, allèrent en augmentant jusqu'à ce qu'après un bombardement prolongé la crise atteignît son maximum. Les nuits devenaient de plus en plus pénibles, insomnies coupées de cauchemars, terreurs, illusions, cris. Mais nous ne décrirons pas plus avant ce cas particulier, nous risquerions de tomber dans une réédition des troubles précédemment signalés.

L'exposé de ces cinq cas nous amène à remarquer l'identité de nature et d'expression des troubles accusés. Cette similitude confirmée par l'observation de cas analogues va nous permettre une description générale de cet état de dépression.

Un ensemble de symptômes organiques et psychiques, toujours présents, mais variables dans leur intensité, le définit. Nous les avons vus d'abord se manifester sous la forme d'une crise aiguë, bruyante, mais fugace, pour arriver à la longue, atténués mais permanents, à se fixer dans un état durable. Il nous semble qu'il s'agit bien là d'un complexe morbide organique, nerveux et psychique nettement caractérisé. Il est certes voisin de la neurasthénie, mais proche de la mélancolie, mais affecte une forme originale empruntée aux particularités des circonstances de la guerre.

Pour fixer l'étude symptomatologique de cette dépression, nous distinguerons les troubles qui la caractérisent en deux groupes : d'une part signes organiques, de l'autre signes mentaux.

A. — SIGNES ORGANIQUES.

1° *L'Insomnie.* C'est le symptôme initial, celui qui le premier frappera le malade et son entourage. Sommeil lent à venir, il ne vient souvent qu'aux premières lueurs du jour lorsque la fatigue a terrassé l'excitation nerveuse. Lorsque le malade réussit à s'endormir, son sommeil est agité, il a des cauchemars qui, nous l'avons vu, le font crier, se dresser, où il témoigne de l'effroi et de l'anxiété. Il a des tendances à agir dans son rêve et d'autre part manifeste une certaine lenteur à reprendre conscience : « où suis-je » ? est toujours son interrogation inquiète à son réveil brusque. Ces réveils, en sursaut, sont fréquents, soit à l'occasion même du rêve, soit du bruit banal d'une porte qui claque, d'un rat qui court sur les paillasses ou tantôt du départ ou de l'éclatement d'un obus. Ces réveils s'accompagnent de palpitations, d'angoisse. Parfois quelques illusions fugitives persistent, pendant les premières minutes du réveil, qui peuplent l'ombre de visions terrifiantes. Signalons que ces cauchemars empruntent rarement leur sujet à la guerre, ce qui serait pourtant légitime. Le matin, le malade est courbaturé, harassé, la mine plombée par l'insomnie.

2° Un autre symptôme régulier est la *céphalée*. Elle est matinale, liée à l'insomnie, c'est tantôt une barre frontale, tantôt une impression de lourdeur qui donne cette sensation que le cerveau est noyé. Cette céphalée dans les cas observés n'a jamais pris d'allure névralgique.

3° *Inappétence* : constante, s'accompagnant ou non de *troubles digestifs*. Quand ceux-ci existent, on peut constater de la lenteur de la digestion, lourdeur, météorisme. État nauséux fréquent sans être jamais allé au vomissement. Quelquefois constipation.

4° *Amaigrissement* : traits tirés, yeux cernés, parfois chez les prédisposés intestinaux et hépatiques teinte subictérique.

5° *Lassitude générale* très marquée. Faiblesse, sueurs profuses au moindre effort, éblouissements, tendances syncopales.

Dans deux cas signalés par un confrère il y aurait eu une légère élévation vespérale de la température. Mon attention n'ayant pas été attirée sur le fait, je n'ai rien observé de ce genre.

6° *Palpitations*. Symptôme constant en rapport avec le nervosisme et l'émotivité exaltée du sujet. Provoquées par le bruit ou à l'occasion du réveil brusque.

Nous pouvons rapprocher ce signe de phénomènes observés par le D^r Mallet, chez un homme de mon régiment, qui, à trois reprises, à la suite d'un choc émotionnel, sans troubles organiques, a présenté des crises de palpitations avec perte de connaissance.

Sur tout cela se greffe une surexcitabilité nerveuse particulière qui agite à tout instant le malade.

B. — ÉTAT PSYCHOLOGIQUE.

Cependant ces symptômes nerveux ne sont pas ce qui inquiète le plus le déprimé. C'est son *état psychologique*.

1° Il se plaint d'un *affaiblissement de ses facultés intellectuelles*, qui va en s'aggravant. Il doit faire effort pour fixer son attention, réfléchir, rappeler sa mémoire. Il devient taciturne et se désole de ne plus pouvoir exprimer ses idées. Tout son esprit est embué

d'une torpeur triste. Il ressent une lassitude cérébrale vague et diffuse : il est vidé. La constatation de cette diminution l'afflige et augmente l'affaiblissement de son tonus moral.

2° Seules se présentent à son esprit des *idées tristes*. Elles s'appellent l'une l'autre et se retiennent pour le laisser en proie à l'obsession de l'ennui et de l'anxiété.

Il en résulte un découragement profond. Comme dans tous les états neurasthéniques, ce qui reste d'énergie personnelle s'acharne à chercher des causes extrinsèques à la défaillance individuelle. Ainsi, réactionnellement à son mal, le sujet est entraîné aux interprétations pessimistes qui vont, par ailleurs, entretenir son désarroi.

Il transforme toutes les nouvelles, seraient-elles bonnes, en raison de s'attrister. Certes, il n'ose exprimer de doutes sur l'issue de la lutte, mais il les laisse entrevoir, « il ne voit ni quand ni comment cela finira ». — « D'ici là, il sera tué ou fou. » — « C'est, dit-il, ce qu'il a de mieux à attendre, plus vite cela viendra, plus vite il sera délivré de ses misères. » L'espoir qu'il conserve n'est plus qu'un vain mot, tout nu, il ne trouve plus, dans la réalité, les aliments de cet espoir.

Il en arrive à se croire en butte à l'injustice des gens et des choses, *il tend à se croire persécuté* : « il y a des trahisons en haut lieu ». — « On a décidé de sacrifier l'unité à laquelle il appartient. » — « On favorise tout le monde », sauf lui, bien entendu.

Son humeur change, il devient *susceptible, irritable*. Il fait la vie dure à ses camarades qu'il lasse par des alternatives d'excitation et d'abattement : il a des accès de gaieté morbide où il simule l'ivresse. Il devient tout d'un coup bruyant, chante à faux, s'agite, danse, trouvant plaisir à briser et saccager autour de lui, pour retomber dans une morne période d'où il ne sort de son silence que pour énumérer tous ses troubles, insomnie,

céphalée, tout le cortège, crise qui se résoud parfois dans les larmes.

3° Tout ce malaise est dominé par une *émotivité exaltée* qui répond à l'exacerbation nerveuse. Les nerfs aux abois viennent rappeler à l'esprit la permanence du risque, alors que ne l'en chasse plus l'insonnante gaîté, la joie essentielle d'un cerveau bien portant. Par un cercle vicieux, s'enchaînant l'une l'autre, idée et sensation entretiendront à l'état permanent le sentiment du danger.

Cette émotivité laisse le malade dans un état d'angoisse constante où il se compare à un condamné à la réclusion perpétuelle, à un condamné à mort. La *peur maladive* n'est pas réfléchie : il ira au point le plus dangereux si l'ordre est tel ou s'il a quelque chose à faire ; mais le moindre bruit, même anodin, si bien abrité soit-il, le met dans des accès de panique qui le secouent de tremblements et l'oppressent.

Il en arrive à avoir la *phobie du bruit*. Effectivement, il souffre du bruit. Le bruissement de l'obus qui passe dans un murmure soyeux, le coup mat des éclatements ne le secouent pas trop. Mais ce sont les départs de nos canons qui lui provoquent les sensations les plus pénibles. Ici la source du bruit est toute proche, le ton est sec, aigu, déchirant, brutal, s'accompagnant d'un ébranlement de l'air « qui giffle les nerfs à vif ». De par son poste qui le place en première ligne entre l'ennemi et la guenle de nos canons, notre malade subit à toute heure le concert infernal.

Il étend néanmoins son appréhension du bruit au son le plus banal.

Notons que les atteintes de cette dépression sont proportionnelles à l'âge du sujet. Dans les observations citées, il s'agit d'hommes de trente-cinq à quarante ans.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 MARS 1916.

Présidence de M. CHASLIN, vice-président.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Allocution du Président.

MESSIEURS,

A la demande de plusieurs de nos collègues, la Société médico-psychologique reprend aujourd'hui ses séances. Elles avaient été interrompues par la guerre, puisque beaucoup d'entre nous ont suivi nos combattants ou ont été dispersés en province. Notre président, le Dr Vigouroux, m'a chargé de vous exprimer tous ses regrets de ne pas se trouver ici. Il est contraint par la maladie de rester à Bonrges où il soigne nos blessés. Qu'il sache combien nous sommes peînés de son absence, combien sont sincères et cordianx les vœux que nous lui adressons du plus prompt rétablissement !

J'ai la triste mission de vous annoncer la perte de cinq de nos membres, survenue depuis la dernière réunion. Deux d'entre eux ont été frappés directement par la guerre. Les autres ont succombé à l'âge ou à la maladie ; mais, sans nul doute, plus tôt que dans les circonstances ordinaires, car, malgré la foi patriotique qui nous soutient tous, tous nous ressentons, plus ou moins directement, les angoisses et les douleurs de l'heure présente.

Le professeur Gilbert Ballet faisait partie de notre Société depuis l'année 1883. Depuis peu, il s'était fait nommer membre honoraire. Je n'ai pas besoin de vous rappeler ses différents travaux, le Traité dont il a dirigé

la publication, ses communications aux Congrès ou à l'Académie de Médecine. Nous avons maintes fois, ici même, pu goûter l'élégance si correcte et si spirituelle de sa parole impeccable, qui faisait de lui un incomparable orateur et un grand professeur. Il vient de mourir, il y a quelques jours, emporté par la maladie.

Le D^r Taule, membre titulaire depuis 1887, avait fait une thèse intitulée : *Notions sur la nature et les propriétés de la matière organisée*. Avant la guerre de 1870-1871, il avait été assistant du chirurgien Kœberlé, à Strasbourg. Puis il entra dans l'administration. Il fut de longues années directeur de l'asile Sainte-Anne. C'est ainsi qu'il se dévoua tout entier à la tâche si ingrate et si méritante de veiller au bien-être matériel des aliénés. Il y avait acquis une compétence toute particulière. Il est mort à un âge avancé.

Un autre membre titulaire, le D^r François Boissier, ancien interne des asiles de la Seine, vient de succomber glorieusement sur le champ de bataille, il y a juste un mois. Il était médecin-major de 2^e classe et décoré de la croix de guerre. Il faisait partie, sur sa demande expresse, des troupes d'Afrique qui ont si souvent, depuis le début de la guerre, donné dans les endroits les plus exposés. Autrefois assistant de la Maison de santé de notre collègue Sollier, il s'était installé à Lamalou, où il exerçait avec succès, mais ce qui l'avait éloigné de nous. C'était un esprit très fin et délicat; il s'intéressait à la littérature et à la psychologie; il avait une culture étendue à côté de la médecine.

Le D^r Lucien Libert, médecin-adjoint des asiles, était membre correspondant. Il publiait beaucoup. Nous avons tous lu ses articles si érudits, écrits dans les *Annales* en collaboration avec notre collègue Sérienx. Mobilisé, il avait sollicité lui-même la faveur de faire partie de la mission des médecins militaires français envoyée en Serbie pour combattre les épidémies et remplacer les 130 médecins serbes emportés par le typhus. Il suivit la retraite de l'armée serbe à travers l'Albanie et revint épuisé en France. Il fut enlevé par la fièvre typhoïde.

Enfin, nous avons perdu un membre associé étranger, un de nos alliés russes, le D^r Serge Soukhanoff, qui est

mort en janvier de cette année. D'abord privat-docent à la Clinique psychiatrique de Moscou, il fut ensuite appelé à Petrograd pour prendre un service à l'hôpital des aliénés dit Notre-Dame des Affligés. Il a publié plusieurs mémoires dans les *Annales*, dont le dernier, dans le numéro de novembre-décembre 1915, est intitulé, comme vous vous le rappelez certainement : « De la conviction délirante d'être prisonnier de guerre ». Il avait collaboré aussi très activement aux journaux de médecine mentale de son pays.

Messieurs, cette guerre nous fait vivre au milieu des deuils. Tous, nous avons notre part de tristesses, part qui s'accroît avec chacun des liens qui nous relient aux autres. La Société médico-psychologique est un de ces liens. Il nous est cher et, par suite, douloureux aujourd'hui : nous ressentirons si vivement la perte de tous ces collègues qui faisaient, à des titres divers, honneur à notre Société et à la médecine mentale ! Mais, malgré tout, nous devons nous remettre au travail, puisqu'il a semblé que nous le puissions maintenant. Nous remplirons ainsi notre rôle de non-combattants, essayant d'être utiles à notre façon, en attendant avec patience et sang-froid la victoire finale.

La Société s'associe pleinement et de tout cœur aux paroles du président et adresse aux familles de M. Boissier et de M. Libert, morts pour la patrie, l'hommage respectueux de leur douloureuse sympathie.

M. BRIAND. — Je puis citer un trait tout à la gloire de notre collègue Boissier. Il n'a jamais voulu quitter le front de bataille où il était médecin dans un régiment. Il disait : « Les Allemands ont pris mon fils (prisonnier), je compte sur mes zouaves pour aller le chercher. »

M. ARNAUD. — Vous me permettrez d'ajouter quelques détails à ceux que vient de nous donner M. Briand sur notre cher collègue Boissier. Il était, par son âge, libéré des obligations militaires. Il a voulu partir quand même. Mobilisé à l'intérieur, à Cette, il a multiplié les démarches pour se faire envoyer au front. Affecté à un régiment de zouaves comme aide-major de 1^{re} classe, Boissier fit preuve de qualités de dévouement et de bravoure qui lui valurent son troisième galon et la croix

de guerre. Il eût pu, alors, très légitimement, bénéficier de la relève. Il voulut rester à son poste, et c'est ainsi qu'il est tombé, devant Verdun, le 27 février, alors qu'il pensait des blessés sur la ligne de feu. D'une lettre que nous avons reçue de sa malheureuse veuve, je détache les lignes suivantes : « ...Sa fin a été aussi belle que sa vie. Blessé mortellement en pleine poitrine, il a encore encouragé tous ceux qui étaient près de lui à faire chacun vaillamment son devoir. Transporté dans une ambulance, il y a succombé le lendemain, après avoir demandé qu'on me dise la vérité... »

Nous pouvons dire, messieurs, que notre collègue a fait volontairement son sacrifice pour la France. Il est mort héroïquement, et nous devons être fiers de lui.

M. LWOFF. — Je dois signaler que notre collègue, M. Trénel, a été cité à l'ordre du jour et décoré de la croix de guerre.

La Société adresse à M. Trénel ses plus sincères félicitations.

M. ARNAUD. — Nous avons adressé un hommage de douloureuse sympathie et de respect à la mémoire de ceux de nos collègues qui sont tombés pour la France et à leurs familles. D'autres de nos collègues ont été atteints dans leurs enfants frappés au cours de cette guerre en faisant vaillamment leur devoir. Les fils de M. Semelaigne et de M. Colin ont l'un et l'autre été gravement blessés au bras droit. Je suis sûr de traduire nos sentiments à tous en exprimant à M. Semelaigne et à M. Colin notre bien affectueuse sympathie et en leur adressant tous nos vœux pour la guérison de leurs chers blessés.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La lettre suivante du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts :

Paris, le 10 février 1916.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

M. le Ministre de la Guerre me signale, en mettant en lumière les dangers qu'elle peut présenter, la publication dans les bulletins d'un certain nombre des sociétés savantes de

France, dont les périodiques ne sont pas régulièrement soumis au Bureau de la Presse, de comptes rendus ou de mémoires scientifiques spéciaux où se trouvent traités des sujets intéressant la défense nationale et en particulier celui des gaz asphyxiants et qui sont de la nature des questions sur lesquelles les services du Contrôle de la Presse ont mission d'établir une surveillance particulière.

Mon collègue me fait également connaître que le général, commandant en chef, qui a attiré son attention sur ce fait, a spontanément adressé des instructions aux médecins des armées pour qu'ils soumettent préalablement leurs mémoires ou communications à l'examen du directeur général du Service de Santé du groupe des armées d'opérations.

M. le général Galliéni m'exprime enfin le vœu que les sociétés savantes en relations avec mon département soient mises en éveil contre les inconvénients très graves que ne manquent pas d'entraîner avec elles certaines divulgations.

J'ai en conséquence l'honneur, pour répondre à son sentiment que je partage de la façon la plus entière, de vous prier, Monsieur le Président, de faire part aux membres de votre Compagnie de ces desiderata qui vous paraîtront comme à moi justifiés et de vous inviter, d'une part, à apporter une extrême prudence dans le choix des articles insérés dans l'organe de la Société que vous présidez et, d'autre part, à soumettre ses publications à la Censure.

Cette communication devra être faite par vos soins :

1° Pour les Sociétés savantes dont le siège est à Paris, directement à M. le Ministre de la Guerre, Direction générale des relations avec la presse, 14, rue Saint-Dominique, à Paris ;

2° Pour les Sociétés savantes dont le siège se trouve dans les départements, aux bureaux de contrôle locaux comme pour les autres publications quotidiennes ou périodiques.

Je vous serai obligé de m'accuser réception de cette circulaire dans le plus bref délai.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

*Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Inventions
intéressant la Défense nationale.*

PAUL PAINLEVÉ.

2° Une lettre de M. le Président de l'Association générale des médecins de France au sujet de la Caisse d'assistance médicale de guerre, à laquelle il invite la Société médico-psychologique à coopérer.

La Société décide de prendre part à cette œuvre de solidarité professionnelle et d'envoyer une somme de 500 francs ;

3° Une lettre de M. Vigouroux qui, souffrant et alité, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° Une lettre de M. Juquelier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

5° Une lettre de M. Demay, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

6° Une lettre de M. L. Maragnani, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

7° Une lettre de M. Arrigo Tamburini, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Ancône et privat-docent de l'Université de Naples, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Pactet et Semelaigne, rapporteur ;

8° La lettre suivante de M. Erwin Stransky, qui demande sa radiation de la liste des membres de la Société :

Vienne, 23 juillet 1915.

TRÈS HONORÉ MONSIEUR,

Je vous prie, par cette lettre qui vous est envoyée par l'intermédiaire d'un ami de la Suisse neutre, de vouloir bien rayer mon nom comme membre associé étranger de la liste des membres de la Société médico-psychologique.

Pour vous personnellement et à cause de mes travaux scientifiques où se manifeste la grande admiration que je professe pour l'esprit français, la détermination que je vous fais connaître ici m'est pénible et douloureuse.

Longtemps je n'ai pu comprendre que la France nous haïssait, nous, les Autrichiens et les Allemands, d'une manière si implacable ; même de longs mois, jusqu'à la maladie dont je fus atteint à l'armée, je ne pouvais m'empêcher de croire qu'il y avait cependant au moins quelques Français qui nous appréciaient équitablement, nous, Européens du centre.

Je vois avec douleur que ce n'est pas le cas. Et ce qui est trop, est trop. Les compatriotes de Goethe et de Mozart sont traités de barbares ; le Dr Bérillon affirme, dans la *Gazette médicale de Paris*, que tous les Allemands ont une odeur fétide spécifique, et voilà que l'on a envoyé au désert des grands hommes comme Röntgen et Behring, comme Ehrlich et Fischer. Comme eux, je veux aller au désert.

Je remercie encore une fois la Société dont je me sépare pour

le grand honneur d'avoir été élu par elle et de m'avoir permis de lui appartenir ; et j'affirme, après comme avant, je reconnaitrai et redirai ce que les Français ont accompli et accompliront encore sur le terrain de la psychiatrie ; mais je suis patriote autrichien et de race allemande et aime ma patrie et mon peuple.

Avec ma haute considération.

ERWIN STRANSKY.

La Société vote, à l'unanimité des membres présents, la radiation du nom de M. Stransky de la liste des membres associés étrangers de la Société et l'insertion de sa lettre dans le procès-verbal de la séance.

Mémoires envoyés pour le prix à décerner en 1915.

PRIX BELHOMME. — Question : *Étude comparée du régime des réflexes dans les diverses formes de l'idiotie et de leur valeur pathogénique.*

Un seul mémoire a été envoyé, il a pour devise : « L'influence du cerveau tend à entraver les mouvements réflexes, à limiter leur force et leur étendue. » (Claude Bernard.)

PRIX CHRISTIAN. — Pas de candidat.

PRIX ESQUIROL. — Pas de candidat.

PRIX MOREAU (de Tours). — Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. *Essai sur une variété de pseudo-hallucinations, les auto-représentations aperceptives*, par M. le D^r Georges Petit, interne de la Maison nationale de Charenton ;

N° 2. *L'infantilisme hypophysaire, précédé d'une introduction à l'étude des infantilismes et d'une classification des syndromes hypophysaires*, par M. le D^r Stephen Chauvet, ancien interne des hôpitaux.

Nomination des Commissions de prix.

PRIX BELHOMME. — MM. Dupré, Klippel, Legras, Lwoff, Séglas.

PRIX MOREAU (de Tours). — MM. Arnaud, Briand, Mignot, Pactet, Truelle.

Rapport de la candidature.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, je vais vous donner lecture du rapport de M. JUQUELIER, rapporteur de la Commission chargée de vous présenter la candidature de M. le professeur Levi Bianchini, médecin de l'asile d'aliénés de Nocera-Inferiore.

M. le Dr Levi-Bianchini a déjà un long passé d'aliéniste : assistant à la clinique psychiatrique de Florence, il a passé ensuite à l'asile de Ferrare, puis est devenu médecin adjoint de l'asile de Girifalco. Depuis plusieurs années, il est professeur agrégé de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Naples et médecin de l'asile de Nocera-Inferiore.

Quant aux travaux scientifiques de notre distingué confrère, ils sont nombreux et depuis longtemps connus en France, puisqu'il a collaboré à *la Revue neurologique* et à *la Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*; il a abordé les questions les plus diverses de notre spécialité, et avec succès. Il faut citer tout particulièrement ses mémoires sur l'épilepsie, l'hystérie et, en particulier, sur la démence précoce, etc.

M. Bianchini a appliqué ses connaissances approfondies en pathologie mentale et nerveuse à l'élucidation de problèmes pratiques, tels que la législation manicomiale, les expertises médico-légales, des recherches sur la psychologie ethnique, etc.

Comme on le voit, l'activité scientifique de notre confrère est des plus méritoires. M. Bianchini fait grand honneur à notre spécialité; en le nommant membre associé étranger de notre compagnie, nous nous adjoindrons un nouveau collègue des plus distingués.

M. le professeur Levi Bianchini est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

Ordre du jour de la prochaine séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, dans sa lettre, après s'être excusé de ne pouvoir assister à notre séance, notre président, M. Vigouroux, ajoute ;

« Il y a plus d'un an que je demandais cette réunion

dont, à mon avis, le programme doit être avant tout pratique ; il se résume en deux questions :

« 1^o Les psychoses de guerre ou les psychoses déclarées au cours de la guerre sont-elles traitées par des médecins aliénistes ? »

2^o Les médecins aliénistes ont-ils été employés suivant leur compétence ? »

Après un échange d'observations, la Société décide que le programme proposé par M. Vigouroux sera renvoyé à une Commission composée de MM. Chaslin, Truelle et Colin, rapporteur ; elle présentera son rapport dans une des plus prochaines séances.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL prie les collègues qui auraient des communications à faire à la prochaine séance de vouloir bien s'inscrire.

M. Lwof se fait inscrire pour une communication, ainsi que M. Truelle.

La séance est levée à 5 h, 1/2. La prochaine séance est fixée au lundi 17 avril.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di Antropologia Criminale Psichiatria e Medicina legale.

ANNÉE 1911.

I. — *La médecine légale des aliénations mentales étudiée par la méthode expérimentale* ; par le Dr C. Lombroso (numéro de janvier). — Dans cet article, qui remonte à près d'un demi-siècle, l'éminent anthropologiste montre tout l'intérêt que peut présenter, pour la clinique mentale, l'examen complet du sujet lui-même, tant au point de vue de la morphologie que de la tératologie. Jamais, à aucune époque, la doctrine du médecin italien n'a été aussi voisine de celle de Morel et de Prosper Lucas. Avec ses collaborateurs de la première heure, Sergenti, Padova, A. Bernardi, il a étudié le poids, les particularités des cheveux, des ongles et des dents, des sourcils ; en un mot, de toutes les phanères. A cette époque, où les fonctions thyroïdiennes étaient encore inconnues, lui, ancien membre de la Commission piémontaise, a remarqué qu'il existe une relation très étroite entre les altérations du cervelet et celles de la thyroïde. Il a noté l'état de la peau des crétins, la fréquence des dermatoses chez les aliénés. Continuateur de Parchappe, il a, comme l'éminent savant rouennais, comparé les crânes des aliénés avec ceux des sujets normaux de la même région ; comme Morel, il a été frappé du nombre des déformations qu'il a rencontrées. Comme des auteurs très modernes, il a eu l'idée d'étudier les variations de l'urine dans les diverses formes mentales. Il a étudié aussi les troubles de la motilité chez les aliénés, les modifications de la voix, celles des diverses sensibilités. Comme les vieux auteurs, comme Leuret et Mitivié, il a cherché à se rendre compte des influences météorologiques sur les psychoses. Il a même étudié la résistance des fous à certains

médicaments. Le premier, il a indiqué les tendances artistiques des psychopathes. Pour l'étiologie, il se montre le disciple de Morel, dont la doctrine était alors bien contestée; enfin, il préludait à sa doctrine personnelle par l'étude de 107 aliénés criminels et de leurs délits pathologiques. Il est un de ceux qui ont fait justice de la théorie de la folie carcéraire telle que la comprenaient Sauze, Lélut et Pietra-Santa. Il a signalé, pour la première fois, combien de criminels étaient fils d'alcooliques.

II. — *Pénétration et diffusion de l'École positive italienne en Allemagne*; par M. Flippo Grispigni, avocat (numéro de janvier). — Dès le début de l'enseignement de Lombroso, quelques savants allemands comme Fraenkel, Sternberg, Blumenstock, Kirchenheim, Kornfeld, adoptèrent les idées de l'école italienne; le célèbre article sur « la fossette occipitale médiale » a été traduit en allemand en 1870; en 1878, l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, le *Centralblatt Für Nervenheilkunde* et le *Gerichtssaal* publièrent des articles favorables aux vues de Lombroso. En 1880, lorsque l'éminent professeur de Turin créa l'*Archivio*, il eut comme collaborateurs Litz, Holzendorf, Kraepelin, Benédickt, Fraenkel et Virchow. L'année suivante, Litz créa le *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*. C'est là que Brusia analysa les travaux de Garofalo, de Ferri, de Lombroso, et que le maître lui-même exposa sa doctrine dans un article célèbre intitulé : « Pro Schola mea ». Litz écrivit un article sur le droit de punir, un autre sur les fondements du droit pénal. Cet auteur adopte la manière de voir de Ferri, qui ramène la science pénale au groupe des sciences sociologiques dérivées des sciences naturelles. Kirchenheim, à une époque plus récente, a créé un autre journal : le *Centralblatt für Rechtswissenschaft*. Kraepelin a énoncé l'aphorisme suivant : Le délit est un événement naturel et nécessaire comme la mort, la naissance et la folie. Le chapitre du *Traité de droit pénal*, de Litz, est intitulé : « Criminologie sociologique ». Il se divise en deux parties : 1° le délit comme manifestation sociale; 2° la punition comme fonction sociale. Il étudie le criminel né, le criminel d'habitude et le criminel occasionnel. Au point de vue de la criminologie positive, l'Allemagne serait, d'après Grispigni, tributaire de la science italienne.

III. — *Les rides du palais spécialement étudiées au point de vue de leur rapport avec l'anthropologie criminelle et de la psychiatrie*; par le D^r C. Gorla (numéro de janvier). — Ces rides ont été étudiées chez les animaux par Frédéric Cuvier, Milne-

Edwards, Owen, Gegenbaur, Charles Robin, Gratiolet et Allix, Fowler, Retzius : chez les monotrèmes, les cheiroptères, les marsupiaux, les édentés, les cétacés, les ongulés, les ruminants, les rongeurs, et enfin les prosimiens, les singes et les primates. Les fanons de la baleine semblent être des duplicatures et des prolongements de ces plis. Chez les singes, ils diffèrent d'une espèce à l'autre, et chez les anthropoïdes ils sont remarquables par leur irrégularité. Chez le chimpanzé, ils ont un raphé médian et leur concavité est tournée en avant. Chez l'homme, ils ont été étudiés autrefois par Winslow, plus récemment par Chiaruggi, Cruveilhier, Sappey, Testut, Luschka et Debierre ; ils apparaissent chez l'embryon, au nombre de cinq à sept, dès le cinquième mois ; les deux derniers se subdivisent en deux ou trois pièces. A partir de la naissance, ils deviennent de moins en moins réguliers et de plus en plus variables. Ils diminuent avec l'âge. D'après Gegenbaur, ils auraient comme propriété, chez les ongulés et les cétacés, de retenir les herbes, et chez les insectivores, de retenir la proie. L'auteur les a étudiés chez l'homme par la méthode des empreintes en gutta identiques à celles qu'emploient les dentistes ; il a considéré 105 sujets normaux, pris dans les salles de médecine ou de chirurgie ; 27 étudiants ; 61 épileptiques de l'asile de Cottolengo ; 24 idiots du même établissement et 40 détenus récidivistes. La forme et le nombre sont variables : les uns sont transversaux, les autres ondulés, d'autres obliques. Très rarement, chez l'homme, ils se rejoignent sur la ligne médiane. La concavité dirigée en arrière n'est pas constante. Les ramifications en V et en Y sont plus fréquentes chez l'homme que chez les anthropoïdes ; chez les normaux, le type est plus évolué que chez les idiots, les épileptiques et les criminels.

IV. — *Émasculatation et droit* ; par le Dr Borri (numéro de janvier). — Le droit italien considère que le mariage est nul quand on ne peut en remplir physiquement le but : la propagation de l'espèce. En droit canon, le mariage est avant tout un sacrement dont l'idée mystique est la perfection morale. L'impossibilité, qui est un empêchement dirimant au mariage, est l'impossibilité d'engendrer. Les malformations des organes externes peuvent être considérées en droit italien, et peut-être même en droit français, comme des erreurs sur la personne engendrant la nullité de mariage. Mais comment prouver la stérilité ? Nous ne sommes plus au temps où le congrès était admis. Une femme peut-elle plaider contre son mari qu'une

opération chirurgicale double a privé des glandes sécrétantes? Telle est la question qui a été posée par un tribunal au D^r Borri. Rien ne permet d'affirmer que, même dans ce cas, le but du mariage ne puisse être atteint (coût). A ce sujet, l'auteur rappelle toutes les histoires plus ou moins scandaleuses des satiriques latins, par exemple Juvénal accusant Messaline, etc., les Skopskzy, les adorateurs de Cybèle, les eunuques des harems d'Orient et même les légendes de Narcès et d'Abélard. En fait de moralité, le monde a toujours été le même dans le temps et dans l'espace, de Sémiramis à Sardanapale, et jusqu'aux choses immondes des Babylones modernes, « qui font lever le nez au sénateur Béranger et jeter feu et flamme par les pamphlétaires comme M. Harden ». Nous regrettons de voir comparer l'éminent criminologiste Béranger à cet amateur de scandale que l'amour de la vertu n'a pas seul dirigé.

V. — *Paralysie cardiaque et faisceau atrio-ventriculaire (faisceau de His)*; par le D^r Sapegno (numéro de janvier). — Le faisceau atrio-ventriculaire prend son origine dans l'oreillette droite, au voisinage de l'abouchement de la veine coronaire, dans le nœud de Tarvara. Enchevêtré avec les fibres atriales, il traverse l'anneau fibreux formant la partie membraneuse du septum interventriculaire, se divise en deux rameaux, dont l'un se répand en éventail dans le septum lui-même, immédiatement au-dessous de l'endocarde; et l'autre se répand dans le ventricule droit, au-dessous de la base du muscle papillaire médian; ils aboutissent donc tous deux dans les fibres de Purkinje. Des expériences de His, de Kernig, d'Erlanger montrent que ce faisceau règle l'automatisme moteur des deux ventricules. Ses lésions, comme le démontrent différentes autopsies (109), amènent la mort subite, soit vingt-deux fois pendant la convalescence ou au début des fièvres infectieuses ou encore chez des individus en apparence bien portants, âgés de quarante-cinq à soixante-dix ans, et chez lesquels on rencontre de l'hyperplasie conjonctive ou de la dégénérescence adipeuse du faisceau de His; parfois encore, par de la symphyse péricardique aiguë avec ou sans lésion valvulaire. On peut donc formuler la règle suivante : toutes les fois que l'état du myocarde et des gros vaisseaux n'expliquent pas une mort subite, il faut penser à des altérations du faisceau de His; ces lésions peuvent être chroniques ou congénitales; les maladies infectieuses amènent des dégénérescences graisseuses ou lipôides qui se colorent en noir par l'acide osmique ou en rouge par le rouge du Soudan.

On constate des granulations irrégulières. Il n'existe aucun rapport entre les lésions du poumon et celles du faisceau de His; dans quelques cas, où des malformations congénitales du faisceau de His ont été signalées il y avait la maladie bleue; des dégénérescences complètes du faisceau atrio-ventriculaire amènent beaucoup de morts subites (pas toutes), la dégénérescence incomplète se traduit par des anomalies du cœur.

VI. — *Quelques observations sur l'article 2 de la loi et les articles 40, 41, 42 du règlement sur les manicomies et les aliénés; par le Dr Sacerdote (numéro de janvier).* — En Italie comme en France, l'opinion publique a été émue par la crainte des séquestrations arbitraires dans les asiles d'aliénés. Il en est résulté des complications de formalités pour l'admission des malades et c'est contre ces complications que s'élève Sacerdote. Le paragraphe 2 de l'article 2 de la loi du 14 février 1904 porte que « l'admission des aliénés dans les asiles est autorisée provisoirement par le préteur sur présentation d'un certificat médical et d'un acte de notoriété rédigés d'après les règles établies par le règlement ». Remarquons que par une complication dont il n'a jamais été question chez nous, c'est le préteur (juge de paix) qui ordonne le placement provisoire et non le syndic ou maire. Si dans les villes de quelque importance, la chose est indifférente, dans les campagnes il y a parfois de grandes difficultés à recourir au préteur, surtout dans les régions montagneuses. C'est pourquoi l'article 40 du règlement du 5 mars 1905 dit que dans les communes qui ne sont pas siège de préture, c'est le maire qui dresse le certificat de notoriété. Ce certificat comporte les dépositions sous serment de quatre témoins, personnes probes et dignes de foi demeurant autant que possible dans le voisinage de l'aliéné. Cet acte de notoriété doit contenir mention de faits précis établissant l'aliénation mentale. Le certificat médical et l'acte de notoriété ne sont valables que pendant quinze jours. L'article 42 dispose que la police locale, en cas d'urgence absolue, peut placer provisoirement un malade sans ordre du préteur, mais avec un certificat de médecin. Remarquons que cette disposition de la loi italienne est moins favorable à l'aliéné que l'article 19 de la loi du 30 juin 1838 qui n'apporte aucune entrave lorsque le besoin de la séquestration est absolument urgent. Sacerdote remarque que l'acte de notoriété ne garantit pas mieux la liberté du citoyen qu'une simple enquête moins solennelle, que cet acte est long à établir, oblige les familles à rendre tout le voisinage

confident de leur malheur et qu'il diminue la valeur du certificat du médecin ; que d'ailleurs le règlement lui-même, par son article 42, permet de tourner la loi et donne au maire un pouvoir plus étendu que celui des prêteurs magistrats. En France, le maire, sauf à Paris, est officier auxiliaire de police judiciaire et d'après la loi de 1790, c'est au maire qu'il appartient de prendre des mesures contre la « divagation des insensés », droit confirmé par l'article 19 de la loi du 30 juin 1838.

VII. — *Réhabilitation de la pollenta*; par le Dr Antonini (numéro de janvier). — Sous ce titre, l'*Echo de Bergame* publie un article dû, paraît-il, à un médecin soldé, dans lequel l'auteur paraît admettre les théories soutenues par Sambon, dans le journal *Of tropical médecine*. Pour l'auteur anglais, la loi de 1902, sur la pureté et la qualité des maïs, n'aurait amené depuis 1907, qu'elle est en vigueur, aucune amélioration dans la prophylaxie de la pellagre; pour ces auteurs, les maïs ne seraient pas la cause de la pellagre lorsqu'ils sont avariés. Cependant, alors que dans les années 1887-1889, le nombre des victimes de l'endémie était, dans les provinces de Brescia, Bergame, Padoue, Udine, de 10.284, il n'est aujourd'hui que de 4.689, on voit donc là des résultats bien réels. Dans les cas autrefois étudiés par Billod, il semble qu'il y ait eu surtout des cas d'alcoolisme pellagriforme, des démences précoces avec tuberculose intestinale et érythèmes multiples et non de la pellagre vraie. En France, à l'heure actuelle, sauf dans quelques districts écartés des Pyrénées, la pellagre est inconnue, elle a disparu également du Milanais et toutes les chambres d'agriculture, les comices des régions atteintes ont incriminé le maïs avarié comme agent de propagation de l'infection; tout démontre, d'après Antonini, que Sambon est dans l'erreur.

VIII. — *La lutte contre la pellagre et la commission ministérielle*; par le Dr Lustig (numéro de janvier). — D'après Sambon, l'agent causal de la pellagre serait un parasite particulier appartenant au groupe des Sporozoaires, Alessandrini pense qu'il appartient au groupe des Filaires, le maïs étant un agent prédisposant. Lustig se demande s'il n'y a point là une manœuvre dans le but de faire abroger la loi de 1902 et d'en profiter pour vendre de nouveau aux populations des maïs avariés. Il y aurait légèreté, dit Lustig, à abonder dans ce sens.

IX. — *Pour la théorie maïdique de la pellagre*; par le Dr Montanari et Dalzini (numéro de janvier). — D'après ces auteurs, Alessandrini aurait démontré ou cru démontrer que la

pellagre a diminué en Vénétie depuis que ce pays aurait été suffisamment alimenté en eau potable; d'ailleurs à Cavarzere, l'eau est restée la même, le blé de Turquie a seul changé et la pellagre a diminué. Dans la République de Saint-Marin, la pellagre est inconnue, ou au moins très rare, quoiqu'il y ait de mauvais maïs.

X. — *Dynamométrie chez l'homme sain et chez l'aliéné*; par le professeur C. Lombroso (numéro de mai). — L'auteur a observé chez un nègre Beni-Zug-Zug une force de pression de 94 kilogrammes et une traction de 700 kilogrammes avec le dynamomètre de Mathieu. Chez un blanc, originaire de Lombardie, il a obtenu une pression de 91 kilogrammes. Chez les aliénés, il a obtenu jusqu'à 80 kilogrammes chez un monomaniac, mais en général la pression est faible chez ces malades, elle a même été chez des femmes de 7 kilogrammes seulement. Dans la manie même, la force est plutôt diminuée, elle n'atteint des paroxysmes que pendant de courts instants d'agitation extrême; dans les monomanies que l'auteur admet encore, les chiffres sont assez voisins de la normale. Chez les athlètes c'est la traction qui atteint des chiffres énormes; la force des poings est à peine supérieure à la normale.

XI. — *Algométrie électrique chez l'homme sain et chez l'aliéné*; par le professeur C. Lombroso (numéro de mai). — Sous sa forme primitive, cet article remonte à 1867, les conclusions sont les suivantes : l'appareil Ruhmkorff permet de graduer la sensibilité dolorifique des différents individus et des différentes régions du corps. Elle est au maximum au gland, au cou, à la langue, au mamelon, à la face, au minimum, aux membres inférieurs et surtout aux pieds. Elle est généralement plus grande chez les femmes et les individus à peau fine et intelligence développée, mais les rapports entre les différentes parties du corps restent constantes. Elle est diminuée chez les pellagreaux, chez les mélancoliques apathiques et chez quelques autres aliénés; elle est augmentée chez les anxieux; chez les déments et chez les pellagreaux la contractilité électrique est moindre dans les extenseurs que dans les fléchisseurs, l'anesthésie n'est jamais complète chez les aliénés, cependant elle est souvent réduite au minimum à la main et à la nuque chez les déments, les pellagreaux ou les maniaques; elle est plus accusée au point correspondant aux ramifications nerveuses, surtout lorsque les nerfs tendent à devenir superficiels. La sensibilité dolorifique, étudiée à l'électricité n'a, avec la sensibilité tactile,

que certains rapports vagues, elle en diffère surtout au front, aux mains, aux pieds. Les maxima et les minima de douleur à l'électricité ont la même localisation que ceux des traumatismes dus aux actions chimiques. L'action sur les muscles sous-jacents n'est pas superposable à celle exercée sur la peau, le courant électrique douloureux accélère les battements du cœur; la sensibilité électro-douloureuse est peu accusée dans les cas de gelures.

XII. — *Hérédité intellectuelle de C. Lombroso*; par le Dr G. Ferrero (numéro de mai). — Après bien des difficultés dues à la timidité actuelle des Italiens en matière scientifique, la chaire de Lombroso a cependant été maintenue à Turin et confiée à Mariano Patrizzi. Lombroso fut soulevé par le souffle révolutionnaire de 1848 et resta toute sa vie un grand idéaliste. Il rêva de rendre la science pénale véritablement scientifique et de l'amener à faire partie des sciences biologiques; il attira auprès de lui les magistrats, les avocats, les directeurs de prisons, les médecins et les fonctionnaires de la police; longtemps il fut combattu en Italie, finit par y vaincre, bien que jusqu'à la fin il ait conservé des adversaires. En Allemagne, il ne recueillit que quelques admirateurs; dans ce pays on préfère la psychophysique, la plus inutile des sciences que répandent dans le monde les professeurs allemands qui l'enseignent un peu partout, tandis que nulle part l'anthropologie criminelle n'est enseignée, sauf dans quelques universités italiennes.

XIII. — *Sur un garçon voleur et homicide*; par le Dr L. Tomellini (numéro de mai). — Le 4 juillet 1908, à Gênes, vers 22 heures, on trouva dans un water-closet adossé à la sacristie d'une église, le cadavre d'un enfant de chœur criblé de blessures et à côté un couteau de cuisine de 35 centimètres de long qui avait servi à commettre le crime. Le jeune P... qui cherchait à s'enfuir fut arrêté et il s'avoua coupable. C'était un gamin de quinze ans, employé comme sacristain dans l'église, qui y avait dérobé des objets d'or et des ex-voto à la Madone et les avait portés au Mont-de-Piété; il prétendait avoir été brutalisé par un frère auquel il aurait refusé certaines privautés. Ce garçon avait une véritable passion pour aller voir dans les cinématographes les crimes de sang; employé dans différentes maisons de commerce, il avait été renvoyé pour son inconduite, sa paresse et aussi pour de menus larcins. A l'église il gagnait bien sa vie, 20 francs par mois, le repas de midi et une soixantaine de francs de pourboires. Il dépensait jusqu'à

2 francs par jour aux bars. Il tua le jeune enfant de chœur parce qu'il avait peur d'être dénoncé par lui, pour avoir pris la veille un cierge. A l'examen direct on constata que P... était un infantile de faible cerveau intellectuel et de mauvais instincts qui n'avait, quoique employé dans les églises, que de faibles notions sur la religion et la morale, ce qui, dit Tomellini, est assez fréquent chez les sacristains. Il servait d'ailleurs la messe avec négligence. Les sentiments de famille sont absents chez lui : ce n'est ni un fou moral ni un criminel réel, mais un minoral constitutionnel de Tanzi. Il fut condamné sans aucune atténuation.

XIV. — *Contributions à la psycho-pathologie des Abyssins*; par le Dr Lincoln de Castro (numéro de mai). — Les suicides sont fréquents en Abyssinie quoique la civilisation y soit peu avancée. Situé dans la zone tropicale, la température y est cependant relativement modérée. Les habitants appartiennent à la race sémitique, à la race noire des Gallas, et à ce que depuis Hérodote on appelle assez improprement la race abyssine. Il semble que cette fréquence des suicides doive être en partie attribuée, comme les crimes qui viennent de se succéder chez nous, à la facilité trop grande de se procurer des armes à feu. De Castro cite l'exemple d'un Galla qui s'est suicidé parce que le mari de sa maîtresse l'a surpris; celui d'un Abyssin qui ne voulut point survivre à des propos d'ouvriers européens qu'il interprétait comme des propositions infâmes. Les crimes aussi sont fréquents : une femme voulait tuer l'enfant que son mari avait eu d'une rivale. Un jeune esclave de quinze ans s'ouvrait le ventre avec un couteau de chasse parce que la belle-mère de son patron le maltraitait. De Castro opéra ce jeune malade dans de fort mauvaises conditions, ce qui n'empêcha pas qu'il guérit. Ce qui semble indiquer que les races indigènes jouissent d'une disvulnérabilité spéciale analogue à celle que Fano et Mariani ont constatée chez des criminels indiens. La tuberculose est rare en Abyssinie, mais la syphilis y serait exceptionnellement fréquente à ce point que, pour certains auteurs, les tuberculoses pulmonaires qu'on a signalées ne seraient en réalité que des syphilis du poumon. Cependant les Européens contractent la tuberculose et en meurent.

XV. — *Sur un cas singulier de suicide par oblitération des voies aériennes*; par le Dr Leoncini François (numéro de mai). — L'observation rapportée par l'auteur italien rappelle celles publiées ces dernières années sous le nom d'*Evadés à l'Inté-*

rieur : A l'hôpital Sainte-Marie-Nouvelle-de-Florence entra une nommée, M... Jeanne, vingt-six ans, qui venait de chercher à se suicider par section du larynx. Cette jeune fille, bien que n'ayant jamais été internée, avait été soignée dans sa famille par le professeur Tanzi pour des troubles mentaux. Elle avait un frère aliéné. La cicatrisation de la plaie qu'elle portait au cou ayant produit une sténose du conduit laryngo-trachéal, on pratiqua une trachéotomie inférieure et on laissa une canule à demeure. La malade paraissait calme et avait toute liberté d'aller et de venir dans l'hôpital. Le 29 avril 1907, l'infirmière s'éloigna pour son service; lorsqu'elle revint, la malade avait disparu; on la chercha partout. Ce n'est que plusieurs heures après qu'on la retrouva dans un souterrain dépendant de l'ancien couvent des Anges. La canule était oblitérée avec du coton, la contre-canule gisait à terre avec un livre de prières et un corset roulé. Quelques inscriptions incohérentes faites sur le corset indiquaient des idées de suicide très nettes, la malade parlait de sa pureté et de son amour pour les siens et aussi de la fête de la Vierge du Bon Conseil qu'on fête le 25 avril. Les vêtements contenaient plusieurs rosaires. Le procès-verbal d'autopsie n'a rien appris d'intéressant. La littérature ne rapporte qu'un seul cas de suicide, par occlusion des voies aériennes (Wald, 1858) et quelques rares cas d'obstruction des voies aériennes par des corps étrangers. Parmi ces observations les plus intéressantes sont celles de Morache, 1870, qui raconte qu'en Chine les mandarins se suicident par ordre de l'Empereur avec une feuille d'or qu'ils aspirent violemment. Des nègres d'Océanie et du Brésil se servent de leur langue pour obturer leur glotte. Ce mode de suicide demande une énergie extraordinaire.

XVI. — *La pellagre en Bessarabie et la relation du professeur Sambon*; par le Dr Antonini (numéro de mai). — Le Dr Vita Mitchnik, de Lausanne, étudie dans sa thèse la valeur des nouvelles considérations de l'hygiéniste anglais. Après discussion, il en revient à la théorie de Lombroso sur le maïs avarié, et aux considérations de Gosio et de Paladino sur les maïs-précipitines. C'est le mauvais maïs vendu sur les marchés de Bessarabie (35 p. 100 des échantillons examinés) qui est la cause de la pellagre. Sambon rejette trop facilement les statistiques officielles et attache trop d'importance à la phrase de son paysan : « Ce n'est point le mauvais maïs qui nous rend malades, c'est l'absence de maïs. »

XVII. — *La lutte contre la pellagre*; par le D^r Diomède Chini (numéro de mai). — La loi du 21 juillet 1900 prescrit la dessiccation artificielle du maïs comme moyen prophylactique de la pellagre, parce que la chaleur détruit les poisons du maïs altéré par les micro-organismes. C'est l'analogue de la pasteurisation du lait ou du vin. Partout où le soleil ne peut empêcher les hyphomycètes de végéter la chaleur artificielle les détruit. La réaction des phénols se rencontre dans le maïs altéré par les pénicilliums. C'est à l'humidité de l'Italie du Nord qu'est due l'altération si fréquente des maïs. Récolté à maturité parfaite, conservé dans des greniers bien ventilés et soumis à l'action des moulins à cylindres, le maïs s'altère beaucoup moins, et les parties altérées se mêlent aux issues. La farine n'en contient pas. Les moulins à cylindres rendent donc de très grands services dans la prophylaxie de la pellagre.

XVIII. — *Criminalité moderne. Une curieuse sorte de maison de santé* (numéro de mai). — A Naples, la police a fait une descente chez un certain Pascal X... et a découvert que cet individu, grâce à un arsenal spécial, arrivait à simuler des accidents du travail et, en plus, elle a découvert un mémoire rédigé par le contentieux de cette officine pour la défense d'un client soupçonné de simulation. Inutile de dire que quelques arrestations s'en sont suivies.

XIX. — *Suggestions tragiques et comiques* (numéro de mai). — Pick de Prague rapporte l'histoire d'un enfant de treize ans, grand lecteur de Sherlock Holmes, qui tua un de ses camarades à l'aide d'un nœud compliqué; il était dans un état de subdélire (état crépusculaire). Le neurologue de Prague insiste sur le danger des lectures trop passionnantes, même de Robinson, chez les enfants détraqués. C'est une remarque qu'avait déjà faite, il y a bien longtemps, Louis Desnoyers.

XX. — A Budapest, on coupe les cheveux ras aux prostituées rencontrées après 10 heures du soir. Espérons que cette méthode donnera plus de résultats que lorsqu'elle était appliquée au Bon Pasteur de Paris.

XXI. — *Cesare Lombroso. Notes sur l'homme politique et sur l'homme privé*. Communication au Congrès de Cologne 1911; par le D^r Michels (numéro de juillet). — Pendant quinze ans, Lombroso luttait comme un des membres influents du parti de la démocratie et de la libre pensée. Il prit une part active à toutes les améliorations politiques et sociales, économiques et hygiéniques accomplies de son temps. En 1893, il

adhéra au Congrès socialiste, appartenait pendant longtemps au groupe socialiste du Conseil municipal de Turin; et collabora à l'*Avanti*. Il fit adopter, en 1883, des mesures contre la pellagre, mais abandonna sur la question de l'usine électrique l'opinion de ses collègues du groupe. Il avait une haine profonde de l'Autriche, protesta contre la venue du tsar en Italie, la mort de Ferrer et les événements de Montjuich. Il réunissait autour de lui des amis de toutes les opinions et invoqua quelquefois la justice pour ses contradicteurs; parmi ses amis citons Jean Finot et Max Nordau.

XXII. — *Sur quelques nouvelles recherches concernant le relief externe du crâne par rapport aux circonvolutions cérébrales*; par le Dr Jentsch (numéro de juillet). — L'auteur, reprenant la vieille idée de Gall et celle plus récente de Schwalbe, a étudié les rapports entre le relief du crâne et les circonvolutions. La protubérance de la troisième frontale (circonvolution de Broca) correspond à la grande excavation, aux impressions digitales qui terminent latéralement la fosse cranienne antérieure. Cette circonvolution empiète d'ailleurs plus ou moins sur les ailes du sphénoïde et sur le pariétal. La forme de cette circonvolution est tantôt ronde, tantôt ovale, quelquefois longue; elle s'accroît dans les premières années de l'existence. La deuxième circonvolution temporale correspond à la partie la plus mince de l'écaille temporale; va en s'élargissant vers l'occipital et peut être divisée au niveau de cette terminaison. Son relief peut influencer sur celui des parties voisines. La protubérance de la première circonvolution temporale est située au-dessus de la suture squameuse, elle répond du côté interne au pariétal et au temporal. La protubérance de la partie latérale de la troisième circonvolution temporale répond à la zone pétreuse au voisinage des centres acoustiques, elle paraît être surtout développée chez les musiciens, tandis que la circonvolution de Broca l'est particulièrement chez les orateurs.

XXIII. — *Contributions à la seméiotique craniologique sur trente crânes de la Morgue de Rome*; par le Dr Funaioli (numéros de mai et de juillet). — L'auteur a étudié, par les différentes méthodes actuellement en usage en Italie, les coordonnées anthropologiques de trente crânes conservés au musée de la Morgue de Rome. Il est difficile d'analyser un pareil travail qui comprend surtout des mensurations et des comparaisons. Parmi les particularités rencontrées, citons le bregmatique de Ledouble

que Funaioni considère comme un wormien, le dédoublement de la mastoïde, la division en deux des condyles occipitaux par une cannelure médiane transverse, la présence d'un troisième condyle occipital, les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures réunies par une lame osseuse, la fréquence des appendices lémaniens et des asymétries les plus diverses aussi bien du crâne que de la face. Il conclut que le signalement descriptif est le meilleur moyen de mettre en relief les anomalies et les disproportions. Il est plus pratique que le bertillonnage qui nécessite une instrumentation. Mais il est évident que le bertillonnage est plus précis et permet seul la classification des fiches.

XXIV. — *L'alcoolisme dans l'armée. Notes préliminaires*; par le Dr Consiglio (numéro de juillet). — Le soldat italien est plus tempérant que les autres soldats d'Europe. Il boit surtout du vin, mais la consommation des eaux-de-vie a beaucoup augmenté ces dernières années. L'armée italienne occupe le sixième rang pour la consommation de l'alcool, après la France, la Belgique, l'Espagne, le Danemark et la Suisse, avec une consommation annuelle de 10 hectol. 30. C'est surtout dans la Haute-Italie qu'on rencontre la folie alcoolique, mais elle est loin d'être rare; à Ancone, comme cause de réforme et d'exemption pour psychoses alcooliques. L'Italie est en voie d'augmentation comme la France, tandis qu'en Allemagne, il y a diminution. En Italie, le nombre des réformes pour déchéance constitutionnelle est passé, de 1898 à 1907, de 877 à 5.058; pour psychopathies le nombre est resté stationnaire, de 118 au lieu de 117, et le nombre des névroses est passé de 239 à 296. Les réformes temporaires se sont élevées, pendant la même période: pour déchéance constitutionnelle, de 2.210 à 9.146; psychopathies de 8 à 13 et névroses de 15 à 60. L'alcoolisme est la cause des névroses, des psychoses, des tentatives de suicide des dégénérés. Il est fréquent chez les disciplinaires et agit comme cause de l'insubordination, des injures, des voies de fait, des rébellions, des blessures. D'après le Code pénal militaire italien, l'ivresse est une circonstance aggravante. Jude a constaté que, dans les délits purement militaires, l'ivresse ou l'alcoolisme apparaissent dans les deux tiers des cas; et parmi les condamnés, il a trouvé 35,5 p. 100 d'alcooliques; mêmes constatations ont été faites en Allemagne. Dans la marine militaire, on a trouvé jusqu'à 75 p. 100 d'alcooliques parmi les condamnés. Pour lutter contre ce fléau, il

faut préconiser les coopératives militaires, les conférences et les maximes antialcooliques, créer des foyers du soldat, encourager les sports, supprimer les distributions de vin, punir sévèrement l'ivresse et interdire dans les casernes la vente de l'alcool avant midi.

XXV. — *Sur le prolapsus de la muqueuse uréthrale de la femme en rapport avec le viol des impubères*; par le D^r Borri (numéro de juillet). — Il faut se mettre en garde contre cette particularité anatomique des très jeunes filles, car elle peut servir de point de départ à des accusations graves de la part de sujets menteurs et pervers comme ceux qu'a cités Bourdin. L'auteur rapporte une observation d'une fillette de huit ans et demi qui, dans ces conditions, porta une accusation grave contre un homme de quarante-quatre ans et n'avoua son mensonge qu'après de longues tergiversations et un examen sous chloroforme.

XXVI. — *Polémique lombrosienne*; par le D^r Antonini (numéro de juillet). — Cecchi, dans la revue *Lupa*, soutient que les doctrines de Lombroso sont destinées à disparaître, parce que l'auteur n'a observé qu'un trop petit nombre de sujets pour pouvoir légitimement tirer des conclusions et aussi parce qu'il a limité ses observations à l'Italie et aux individus inculpés ou condamnés. Comment se fait-il, répond Antonini, que les prémisses de Lombroso aient été reconnues vraies en Russie, par Kosatchkovo, Minzlow, Tarnowskii; en Allemagne, par Sommer; en Hollande, par Van Hamel, et en Argentine, par Ingénieros! On ne pouvait pourtant pas exiger, dit Antonini, que Lombroso aille observer à la Terre de Feu ou au Thibet.

XXVII. — *Tatouages artistiques sur des déserteurs français*; par le D^r Abel de Blasio (numéro de novembre). — La désertion chez les Romains était évoquée contre tous ceux qui s'en allaient trop loin pour entendre la trompette sonner le ralliement. Elle était punie du fouet, au temps d'Appien; ce terrible fouet, aux coups duquel la victime survivait rarement. Au xviii^e siècle, la désertion était punie de l'estrapade. En Angleterre, les déserteurs étaient marqués jusqu'en 1842. Le premier sujet observé par l'auteur était un Arabe d'Algérie, déserteur portant un trophée de fleurs et d'arabesques; un autre habile voleur, portait l'inscription : « Français par force ». Boyer a relevé des tatouages artistiques faits en Angleterre, en Amérique, en Océanie, au Japon; dans ce pays un certain

Chyo était renommé pour ses tatouages. Un millionnaire américain, aujourd'hui fou, a offert à ce Chyo 12.000 dollars pour qu'il transporte son officine à New-York. Un nommé Rylet a reproduit sur le dos d'une femme la Cène de Léonard de Vinci. Edouard VII, Pierre Loti et d'autres personnages plus ou moins connus étaient tatoués. Le tatouage est surtout fréquent chez les paysans, les criminels, les femmes perdues et en général les irréguliers.

XXVIII. — *Le plus ancien document d'anthropologie criminelle*; par le Dr Pfungst (numéro de novembre). — La théorie du délit causé par une prédisposition physique et anthropologique individuelle se trouve dans le drame hindou intitulé : *Mricchakatcha du roi Çudraka*, 9^e acte, scène 5^e, qui date du v^e siècle après Jésus-Christ. Le héros Tscharudatta, accusé d'homicide, arrive et l'un des personnages le juge ainsi : « un tel visage avec un nez aussi aquilin, des yeux ouverts jusqu'aux angles des orbites ne peut pas héberger d'âme à instinct criminel, car chez l'éléphant, chez le cheval, chez le bœuf aussi bien que chez l'homme, le visage est toujours l'image fidèle de l'âme cachée. Non, Seigneur, avec un visage comme celui-là, on ne peut pas ne pas avoir commis un crime aussi affreux ».

XXIX. — *Hystéricisme et capacité civile*; par le Dr Vitali (numéro de novembre). — Il est rare que l'expert soit consulté en matière civile à propos des hystériques. Cependant, dans le cas présent, l'auteur a eu à examiner si une femme hystérique se trouvait dans les conditions de l'article 394 du Code civil italien et devait être interdite. Cette femme, mariée à un détraqué baveur, fut nombre de fois séquestrée dans les asiles et mise en liberté, parce que son état mental, tout en étant pathologique, ne justifiait pas un internement. Après une très longue observation, Vitali conclut que sa malade n'est pas dans le cas d'être interdite malgré ses idées de suicide, ses tendances à la prodigalité et tout le décousu de son existence. Cependant il y eut entre elle et son mari une séparation amiable.

XXX. — *Les ancêtres de Lombroso*; par M^{me} le Dr Gina Lombroso (numéro de novembre). — Kurella vient de publier sur Lombroso un volume très intéressant. La famille de l'illustre savant serait originaire de Tunisie, où elle serait venue d'Espagne. On trouve des Lombroso à Livourne, en Italie, en France, en Allemagne et en Amérique. Ce nom veut dire en arabe « d'un blanc éclatant ». Au xviii^e siècle, un Lombroso habitant la Virginie fut condamné à mort comme sorcier. Le

D^r Jacob Lombroso, illustre lettré, présida au XVIII^e siècle le conseil du grand-duc de Toscane, il se retira à Venise pour ne point abjurer sa foi, il exerça la médecine et y écrivit un volume contre les théories de Grotius. Jacques Lombroso, rabbin et exégète connu, fut expulsé de Bordeaux, en 1684. Salomon Lombroso exerçait, en 1747, une charge dans la communauté juive d'Amsterdam. Du côté maternel, Lombroso descendait, par sa mère, de David Lévy, maire de Chiers, qui fut appelé par Napoléon, à Lyon, et qui fit partie du grand Sanhédrin. David Lévy, oncle de Lombroso, illustra l'Italie d'une histoire de Giordano Bruno.

L. WAHL.

Rassegna di Studi Psichiatrici.

ANNÉE 1911.

I. — *Les constantes physico-chimiques du liquide céphalo-rachidien comparées à celle du sérum sanguin*; par le D^r Mochi (numéro de janvier). — Dans cet article, l'auteur a recueilli les résultats de l'examen physico-chimique du liquide céphalo-rachidien de vingt sujets paraissant normaux. Chez dix d'entre eux, on a également pratiqué l'examen du sang par les méthodes classiques. A la température de 15 degrés, on a déterminé la densité, la pression osmotique; la conductibilité électrique, et la viscosité.

Les conclusions sont les suivantes : 1^o la densité du liquide céphalo-rachidien de l'homme normal oscille entre 1,0086 et 1,0067, elle est donc bien inférieure à celle du sérum; 2^o la viscosité du liquide céphalo-rachidien est aussi très petite; ceci dépend principalement de la pauvreté de ce liquide en substances protéiques. La viscosité du sérum sanguin est presque double et varie dans des proportions beaucoup plus grandes d'un cas à l'autre; 3^o le parallélisme entre la densité et la viscosité du liquide céphalo-rachidien n'a pu être établi à cause du peu d'étendue des variations individuelles. Pour le sérum sanguin, dans lequel les variations sont bien plus étendues, les maxima et les minima de d et de η se correspondent parfaitement; 4^o la pression osmotique est un peu plus grande dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang; elle se rapproche de la pression de la lymphe, ceci a été établi par des moyennes. Il est probable que les malades étaient sous l'action de l'huile

de ricin au moment de la prise du sang; 5° la conductibilité électrique du liquide céphalo-rachidien est bien plus grande que celle du sérum sanguin. La différence est due (Céconi), non seulement à la différence de la teneur en substances protéiques de ces deux liquides, mais aussi à la prévalence des électrolytes dans le liquide céphalo-rachidien. Les valeurs de Δ et de α ne sont pas en rapport simple, mais il semble exister un certain parallélisme dans la variation de la conductibilité électrique du sérum et celle du liquide, tant que les différences restent constantes.

II. — *Psychoses maniaco-dépressives, stupeur catatonique et accès épileptiformes*; par le D^r Paravicini (numéro de janvier). — L'auteur a observé un cas très intéressant dans lequel la psychose maniaco-dépressive s'est compliquée d'attaques épileptiformes et d'état de stupeur catatonique.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, très taré, qui, sous l'influence d'une cause insignifiante, fut atteint d'une profonde dépression, d'idées délirantes de culpabilité, de péché, de dépossession et par de vives hallucinations; il avait une forte tendance aux auto-mutilations; les attaques de dépression succédèrent à un état paraissant normal, précédé d'une courte période d'hyperactivité psycho-motrice avec gaieté excessive. Pendant le premier et le troisième accès, le malade présentait des manifestations convulsives avec perte de connaissance, secousses toniques et cloniques et émission involontaire d'urine. Pendant la quatrième attaque, on put constater de la stupeur catatonique et de l'automatisme. Cette alternative d'états morbides et d'états normaux fut accompagnée de pertes de forces, d'amaigrissement et de troubles digestifs graves. Après la dernière attaque, pendant deux mois, l'état général s'améliora et amena peu à peu la guérison avec *restitutio ad integrum* des facultés intellectuelles.

La profonde dépression, l'obnubilation psychique, la courte période d'excitation, l'état en apparence normal, pendant la période intervallaire, ont amené l'auteur à diagnostiquer la psychose maniaco-dépressive.

Plusieurs auteurs ont signalé des convulsions épileptiformes et des phénomènes catatoniques dans la folie à double forme. Le cas actuel est un de ceux qui pourront aider plus tard à la constitution des entités nosologiques quand les progrès de la psychiatrie les rendront possibles.

III. — *La réaction méiostagminique dans les maladies men-*

tales; par le D^r Bravetta (numéro de janvier). — Sous le nom de réaction méiostagminique, Ascoli a décrit le phénomène de diminution de la tension superficielle que l'on observe lorsque le sérum agglutinant les anticorps spécifiques et l'antigène correspondant s'unissent en proportions déterminées. Bravetta discute la valeur pratique de cette réaction en considérant surtout la limite des erreurs techniques inévitables qui dépendent parfois de l'appareil employé, le stalagmomètre de Traube.

Bravetta a employé la réaction de méiostagminine dans soixante-sept cas d'aliénation mentale, il a contrôlé les résultats obtenus avec ceux que donne la réaction de Wassermann. Il s'est servi, comme antigène, d'une solution diluée de lécithine dans l'alcool. La réaction n'a été positive que dans sept cas, dans lesquels la réaction de Wassermann n'a pas toujours été positive. Dans tous les autres cas, la différence entre les valeurs obtenues était de même ordre que celles que donnent les erreurs de technique inévitables. La réaction d'Ascoli n'a donc aucune valeur pour la recherche de la syphilis chez les aliénés, même dans les cas de folie para ou métasyphilitique.

IV. — *La fortune de William James en Europe*; par le D^r Padovani (numéro de janvier). — James a été peu goûté des Allemands chez lesquels il subsiste toujours quelque chose des doctrines kantienues. En Angleterre, malgré l'importance qu'a, dans ce pays, l'étude de la psychologie expérimentale, James n'a obtenu qu'un succès des plus relatifs. Chez les nations latines, le succès a été très variable. En Espagne, Alberini est le seul auteur qui paraisse s'être intéressé à la doctrine américaine du pragmatisme. En France, le succès fut considérable, car la doctrine du philosophe de Harvard a été popularisée par Bergsoen, l'éminent auteur de l'essai sur les données immédiates de la conscience; par Sorel, qui déclara James l'un des maîtres de la pensée contemporaine; par Georges Dumas, qui traduisit en français la théorie de l'émotion; Baudin et Bertier traduisirent différents autres ouvrages de l'auteur américain dans une édition que Baudin orna d'une préface critique sur la méthode psychologique de William James; mais, c'est surtout à Genève que l'on s'inspira des doctrines américaines. Flournoy et Claparède furent les disciples les plus immédiats de James dans les pays de langue française.

Tout récemment, Chaumeix consacra à James un important article de *la Revue des Deux Mondes*. En Italie, Tamburini,

puis Ferrari, se sont intéressés aux « principes de psychologie » ; Ferrari, aux « idéaux de la vie » ; Calderoni « aux variétés des religions » ; Papini a publié des « essais pragmatistes » ; Vailati a fait de très longues études sur la philosophie pragmatique. Rénon a transporté à la médecine l'application des doctrines philosophiques de William James. « La noble figure de l'auteur américain, dit Padovani, est celle d'un homme trop grand pour apparaître tel à ses contemporains. Ce ne sont que nos successeurs qui en apercevront toute la majesté ».

V. — *Contributions cliniques à l'étude de l'amenza et des états voisins*; par le Dr Ziveri (numéro de mars). — Après avoir rappelé les travaux les plus récents sur la confusion mentale et les psychoses infectieuses, l'auteur publie une observation de confusion survenue après une influenza de très longue durée. Il s'agit d'une religieuse âgée de trente-deux ans, sans tare héréditaire; la maladie mentale dura cinq mois et guérit. Dans la première période, on observa surtout de l'excitation psychomotrice, de la désorientation et des hallucinations; plus tard, à la confusion mentale se substitua une légère dépression anxieuse avec un état d'incertitude et d'irritabilité exagérée. L'auteur croit que son cas prouve la grande difficulté pratique d'isoler cliniquement la confusion mentale des formes d'affaiblissement liées aux infections, et quoiqu'il n'admette pas les conceptions de Tanzi, qui réunit en une seule forme mentale le délire fébrile, le délire infectieux, la confusion et l'affaiblissement intellectuel, il propose de réunir ces formes deux à deux, car on ne peut les distinguer au lit du malade. Remarquons combien ces théories se rapprochent de celles de Régis sur le délire onirique et celles du même auteur sur les rapports de la confusion mentale et de la démence précoce.

VI. — *Un cas d'infantilisme. Contribution à la pathogénie polyglandulaire*; par le Dr Campioni (numéro de mai). — Après une revue sommaire de nos connaissances sur l'infantilisme, en particulier sur sa pathogénèse et ses rapports avec les troubles des sécrétions internes, l'auteur rapporte l'histoire clinique d'un malade atteint d'infantilisme. C'était un jeune homme héredo-syphilitique. La maladie avait débuté après une infection survenue à l'âge de quinze ans. Un traumatisme du seul testicule, qui était jusque-là descendu dans le scrotum, causa l'atrophie de cette glande et aussi une inflammation de la glande thyroïde qui se termina par une légère atrophie. L'opothérapie thyroïdienne seule ne donna pas de

résultats satisfaisants; mais, en y adjoignant un traitement concomitant, à base de préparations testiculaires, les résultats furent favorables, quoique, au début de ce traitement mixte, le malade eût vingt et un ans. L'auteur croit donc que dans ces cas d'infantilisme, il y a des lésions de deux glandes à sécrétion interne et par conséquent qu'il existe une variété polyglandulaire d'infantilisme. C'est à des résultats absolument analogues sinon identiques, que récemment Dupuy est arrivé dans ses recherches sur le traitement des anormaux.

VII. — *Considérations de technique manicomiale dans un cas d'automutilation de la langue*; par le Dr Paravicini (numéro de mai). — Dans certains cas de psychose maniaco-dépressive, on rencontre parfois des sujets qui ont l'idée coaptée de pratiquer sur eux-mêmes des mutilations plus ou moins graves, quelquefois de vouloir se couper la langue (l'auteur en rapporte un cas). Dans les faits de ce genre, est-il rationnel de vouloir appliquer la méthode classique du non-restreint. Paravicini, reprenant une idée de Bini, a employé un ouvre-bouche qui a réussi à empêcher le malade de se faire du mal. Le résultat a été satisfaisant et le malade lui-même, lorsqu'il a été guéri, en a remercié le médecin.

VIII. — *Mentalité et réactions psychologiques de l'alcoolisme*; par le Dr Valtorta (numéro de juillet). — L'abus de l'alcool peut se montrer chez diverses catégories de sujets. L'auteur en distingue trois principales :

- 1° Phrénasthéniques;
- 2° Psychasthéniques et impulsifs;
- 3° Instinctifs et amoraux.

Chacune de ces formes donne lieu à des syndromes cliniques spéciaux. Pour la première catégorie, il y a trois formes différentes : 1° les stigmates psychiques originels, s'accroissent et s'élèvent par degrés de la simple prédisposition congénitale ou acquise au délire alcoolique chronique; 2° l'alcool agit comme révélateur de troubles mentaux latents et fait apparaître des syndromes épileptoïdes, paranoïaques associés à des troubles toxiques; 3° la dégénérescence psychique originelle et l'intoxication par l'alcool amènent un état dementiel mêlé de phénomènes délirants.

A la deuxième catégorie, appartiennent des individus chez lesquels les phénomènes émotifs ont une tendance assez vive à s'objectiver, après une lutte intérieure très brève et parfois nulle. Cliniquement on rencontre : 1° des buveurs impénitents

chroniques avec troubles toxiques permanents, légers ou graves; 2° délire de persécution qui évolue lentement; 3° syndromes oniroïdes toxiques; 4° syndromes de phobie ou d'excitation maniaco-dépressive.

A la troisième catégorie appartiennent des individus chez lesquels existent des inclinations originairement perverses qui deviennent, avec le temps, des habitudes incurables; deux sous-groupes, les vicieux et les criminels alcooliques.

Des facteurs extérieurs peuvent rendre plus grave l'intoxication alcoolique, ce sont surtout les intoxications exogènes ou endogènes (maïs-thyroïdisme) ou le surmenage intellectuel.

IX. — *Sur quelques formes de psychose dépressive à caractère hypocondriaque*; par le Dr Ziveri (numéro de juillet). — L'auteur, après quelques considérations sur l'hypocondrie et sur la valeur des syndromes hypocondriaques dans les maladies mentales, nous expose quelques histoires cliniques de malades qui, après avoir présenté des idées hypocondriaques pendant le cours d'accès de psychose maniaco-dépressive, moururent plus ou moins vite après le début de ces troubles. Ce fait permet à l'auteur de supposer que sous les représentations délirantes existaient de véritables douleurs causées par des lésions organiques, peut-être du système sympathique, que l'examen clinique ne révéla pas, mais dont la présence fut démontrée par la mort prématurée du malade.

X. — *Sur la réaction de Butenko*; par les Drs Auvisi et Volpi-Ghirardini (numéro de juillet). — Butenko voulait rechercher les corps qui passent dans les urines des malades chez lesquels la réaction de Wassermann est positive. Le réactif appelé « eau des capucins » en Italie est une solution de 10 grammes de nitrate de mercure cristallisé dissous dans 86 cent. cubes d'eau distillée à laquelle on ajoute vingt-quatre gouttes d'acide nitrique au quart. Dix à quinze gouttes de ce liquide ajoutées à quelques centimètres cubes d'urine en ébullition puis refroidie donnent, lorsqu'il y a des corps spécifiques, un précipité noir ou gris au moins à la partie supérieure. Cette réaction est positive dans cinq cas de paralysie générale sur douze; elle peut être également positive dans le tabes lorsque les troubles ataxiques sont apparus; elle est également positive dans les maladies mentales les plus diverses, surtout dans celles qui s'accompagnent d'un état général grave, par exemple, dans la démence marasmatique avec troubles intestinaux. Le traitement iodique facilite la réaction. On doit donc, lorsqu'on la

recherche, s'abstenir de tout traitement iodé. Jamais, chez les individus normaux, on n'a de résultat positif. Cette réaction ne paraît avoir aucune importance diagnostique dans la paralysie générale; les auteurs pensent qu'il est possible qu'elle en ait une au point de vue pronostique, mais ils vont poursuivre les études en ce sens.

XI. — *Sur quelques méthodes de diagnostic de la syphilis dans les maladies nerveuses et mentales*; par le D^r Bravetta (numéro de septembre). — L'auteur a étudié le sérum et le liquide céphalo-rachidien de 116 malades, dont 52 tout à fait exempts de syphilis, et 64 atteints de cette maladie. Il a employé les méthodes de Wassermann, de Noguki-Moore, de Nonne-Appelt et Porgès.

La présence de la réaction de Wassermann dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien de la réaction butyrique de Noguki, de la réaction des globulines de Nonne et de la leucocytose garantissent l'existence préalable de la syphilis. Dans la démence paralytique et dans le tabes dorsalis, les réactions se vérifient avec une constance remarquable. L'absence de quelques-unes constitue une véritable exception. En général, elles manquent dans les psychoses fonctionnelles. De toutes ces réactions, celle de Wassermann est celle qui nous fournit la plus grande probabilité en faveur de l'existence de la syphilis; celles de Noguki et de Nonne révèlent la présence d'une lésion syphilitique dans le système nerveux central et ont, en outre, l'avantage d'être simples et faciles. La réaction de Porgès, au moyen du glycocholate de soude, donne un pourcentage inférieur à celui des réactions précédentes dans les cas certains de syphilis et, en outre, est souvent positive dans les sérums normaux.

Le résultat positif de ces différentes réactions est généralement confirmé par le cyto-diagnostic.

XII. — *Recherches expérimentales faites par la méthode de l'examen fractionné du pouvoir des anticorps dans les anti-sérums dans le but de démontrer l'existence de principes anormaux spécifiques dans le sérum du sang des aliénés (psychose maniaco-dépressive et démence paralytique)*; par les D^{rs} Gardi et Prigone (numéro de septembre). — A la suite d'expériences pratiquées d'après la méthode que l'auteur appelle celle de l'épuisement fractionné du pouvoir anticorps des sérums immunisés, qui a pour but la démonstration de principes spécifiques anormaux dans le sérum sanguin des malades atteints de psy-

chose maniaco-dépressive et de démence paralytique, les auteurs ont été amenés à conclure que ces principes n'existent pas.

XIII. — *Recherches expérimentales sur le mécanisme et sur la valeur de l'action antihémoditque développée dans le sérum du sang des aliénés*; par les D^{rs} Gardi et Prigione (numéro de septembre). — D'après les conclusions des auteurs, l'action antihémoditque des sérums sanguins des débiles est en fonction de la quantité du sérum à examiner, de la densité du sang étudié. Il existe un optimum de dilution pour empêcher l'action antihémoditque du sérum : cette propriété du sérum peut être corrigée, soit en hypersensibilisant les globules rouges ou en employant un multiple adéquat de l'unité alexinique; enfin, ils ont conclu que, pour les sérums des aliénés comme pour les sérums normaux inactivés, il semble que cette action doive être attribuée aux complémentotoïdes.

XIV. — *L'étude somatique des maladies mentales*; par le D^r D'Orméa (numéro de novembre). — Les discussions brillantes et subtiles sur la classification exacte des syndromes mentaux dans l'un ou l'autre des cadres cliniques établis par Kraepelin, qui ont absorbé l'activité des médecins aliénistes dans ces dernières années, n'ont pas abouti à des résultats pratiques remarquables et ne représentent dans la plupart des cas qu'un travail dialectique dépourvu de toute valeur pratique. L'auteur se demande s'il ne serait pas meilleur d'abandonner cette voie stérile et de faire converger les efforts des savants sur l'étude des causes vraies, responsables de la pathogénèse des maladies mentales. C'est en cherchant le mécanisme des causes morbides et le siège des lésions organiques qui forment le substratum des psychoses fonctionnelles, qu'il nous sera possible d'apprendre quelque chose de plus sur le traitement et sur l'essence même de la maladie, tandis que les études sur la dégénérescence, d'un côté, sur les causes considérées au point de vue statistique, de l'autre, ne peuvent nous laisser espérer de véritables progrès. C'est surtout à l'étude biochimique de l'aliéné qu'il faut demander la solution de maint problème des plus intéressants, en limitant la recherche à de tout petits groupes de malades dont la maladie puisse être facilement individualisée.

XV. — *Hystérie et névrose*; par le D^r Gian (numéro de novembre). — Le savant rapport du professeur Morselli au III^e Congrès italien de neurologie et la discussion consécutive tendent à établir que nos connaissances sur l'hystérie n'ont

aucune chance de s'augmenter jusqu'au moment où l'on aura découvert la base anatomique de ces psychoses et appris à distinguer les caractères propres de l'accès, les manifestations spécifiques des manifestations communes aux autres névroses, l'hystérie comme entité nosologique des syndromes hystéroïdes symptomatiques.

Il faut pourtant observer que l'étude morphologique ne parviendra à éclairer beaucoup nos connaissances, aussi bien que la recherche des causes qui s'est jusqu'alors limitée à la constatation des causes directes, les plus évidentes à apprécier, tandis que les éléments étiologiques éloignés ont été laissés presque complètement dans l'ombre. Ces derniers éléments sont vraisemblablement quelque chose de bien différent de la prédisposition abstraite aux névro-psychopathies; ils doivent être caractérisés par des conditions dynamiques ou statiques spécifiques à déterminer. L'existence doit en être démontrable par induction, de même la distinction entre l'hystérie et les syndromes hystéroïdes, aussi bien qu'entre la neurasthénie et l'épilepsie essentielle ou constitutionnelle et leurs formes symptomatiques. Il faut cependant reconnaître qu'il est possible d'observer les symptômes les plus divers dans l'hystérie, l'épilepsie et la neurasthénie, qu'elles peuvent quelquefois s'accompagner de caractères constituant les dégénérescences psychiques. Pour l'auteur, il existe trois types de syndromes neuro-psychiques dont l'affinité résulte, non de l'absence de lésions anatomiques, mais plutôt d'une prédisposition analogue dont chaque type a des causes spécifiques mais tous concordent, par l'existence de ces causes, quoique leur interprétation soit souvent très différente. L'épilepsie est constituée par un groupe de syndromes caractérisés par des troubles temporaires de la conscience et on peut la considérer comme l'effet d'une intoxication de nature inconnue, ce qui n'est cependant pas admis par tous les savants. Cette intoxication est évidemment en rapport avec l'insuffisance de quelques glandes (foie et reins) dont la fonction régulatrice réciproque est interrompue.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

Trattato di Psichiatria ; par le professeur Leonardo Bianchi, Napoli S. D., 2^e édition, 1 volume in-8°, Casa editrice Cav. Dott. V. Pasquale, 1915.

Cette nouvelle édition de l'excellent traité du professeur Leonardo Bianchi présente des différences notables avec la première. C'est ainsi que l'introduction anatomique a été très réduite. Dans la première édition, c'était comme un petit traité d'anatomie du système nerveux central, et je me souviens que je l'avais trouvé fort intéressant, bien qu'au fond n'éclaircissant pas beaucoup ni la psychologie normale ni la pathologique. Ces chapitres de psychologie normale et pathologique ont été rédigés, dit l'auteur, de façon à mettre mieux d'accord la médecine mentale avec la psychologie positive et naturaliste, en purgeant celle-ci de toute cette hybridité psycho-philosophique qui règne encore dans l'enseignement secondaire. Je rappellerai que le professeur Bianchi n'admet pas la théorie des hallucinations de Tanzi, suivant laquelle l'excitation nerveuse reflue du centre représentatif sur le centre perceptif. M. Bianchi suppose que le centre sensoriel voit son potentiel augmenté, sans que l'excitation puisse se décharger par les voies ordinaires, d'où isolement de l'hallucination qui apparaît comme étrangère à la conscience personnelle (M. Bianchi admet comme fréquent le fait de l'hallucination surgissant primitivement au début des affections mentales). Dans d'autres cas, les idées délirantes, qui ont pris naissance dans un état émotif, reversent leur potentiel vers les zones sensorielles, tout comme à l'état normal se manifeste « la même tendance sélective de la pensée vers la recherche de la preuve sensorielle ». Pour l'attention, l'auteur ne pense pas que le mécanisme fondamental soit moteur. Pour la mémoire, il s'aventure assez loin, entrevoyant à bref délai une explication par les électrons, qu'il esquisse même à la page 101. Il rejette, par ailleurs, la théorie suivant laquelle la conservation des images se fait autre part que leur formation primitive.

A propos des idées délirantes, il croit probable que « les délires sont souvent des produits mentaux préformés et éliminés rapidement de la conscience, dont le champ a pu rester longtemps fermé à leurs tentatives d'invasion, invasion qui pourtant s'effectue dès que les conditions d'existence de la personnalité changent et que la conscience offre une moindre résistance à la puissance d'invasion de ces produits ».

Etudiant la confusion, il admet que sa forme chronique se rencontre dans la démence précoce ou dans les démences secondaires. L'émotion est à juste titre longuement étudiée, mais la théorie de son origine périphérique, dite de James-Lange, n'a pas l'assentiment de M. Bianchi. Il attache une grande importance à la surprise. Il ne sépare pas le groupe des émotions de celui des passions et des sentiments. Enfin, il reconnaît hautement leur importance prépondérante dans la genèse des affections mentales. Pour certains cas de folie du doute, il incrimine le défaut de mémoire dite musculaire dans la genèse de ce trouble, le souvenir étant abstrait et manquant de ce facteur kinesthétique de l'acte accompli, qui « rend identique la personnalité dans l'action et le souvenir de celle-ci ». L'inconscient est pour l'auteur « le grand architecte du bien et du mal, du génie et de la folie. La majeure partie des maladies mentales en tirent leur origine ». Je dois insister, en terminant cette analyse de la première partie, sur la thèse bien connue de M. Bianchi, suivant laquelle tout ce qui se trouve dans le cerveau en avant des zones motrices et sensorielles est l'organe de la synthèse intellectuelle, « le siège du trône de la logique et du pouvoir régulateur et inhibiteur ». « La puissance de la personnalité découle des rapports de coordination, de subordination et de discipline entre les deux aires du manteau cérébral. » Quand les rapports hiérarchiques sont troublés entre « la conscience supérieure » et « la plèbe mentale », dans le rêve, dans la folie sensorielle, la paranoïa, les obsessions, dans la criminalité, les rapports du moi avec la réalité ambiante sont troublés par cela même et rompent l'adaptation normale de l'individu au milieu.

La deuxième partie renferme la description des « maladies mentales ».

La classification adoptée est la suivante : il y a d'abord trois groupes :

Le premier groupe, psychopathies de développement, comprend :

- | | |
|---|---------------------------------------|
| a) La phrénasthénie (idiotie, etc.). | e) L'hystérie. |
| b) La paraphrénie (excentricité, etc.). | f) La paranoïa originaire. |
| c) La criminalité. | g) Les idées fixes, la psychasthénie. |
| d) L'épilepsie. | h) La neurasthénie originaire. |
| | i) La psychopathie sexuelle. |

Le deuxième groupe des psychoses par infection, auto-intoxications, intoxications, comprend deux sous-groupes :

Premier sous-groupe :

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Manie. | Paranoïa tardive. |
| Lypémanie. | Démence précoce. |
| Psychose exaltée-dépressive. | Psychose neurasthénique. |
| — circulaire et périodique. | — choréique. |
| — sensorielle. | — syphilitique. |
| Confusion mentale. | Délire aigu. |
| Paranoïa aiguë. | |

M. Bianchi remarque que ce sont plutôt des syndromes (sauf la psychose syphilitique) qui sont peut-être liés à une seule maladie.

Deuxième sous-groupe :

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| Psychose pellagreuse. | Psychose chloralique. |
| — alcoolique. | — saturnine. |
| — morphinique. | — oxy-carbonée. |
| — cocaïnique. | |

Enfin, vient le troisième groupe, celui des maladies et syndromes où il y a une anatomie pathologique :

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| Démence paralytique. | Démence aphasique. |
| — syphilitique. | — traumatique. |
| — sénile. | — par tumeurs, sclérose en |
| — post-hémiplégique. | plaques, etc. |

J'aurais certainement à faire un certain nombre de critiques. Je n'en exprimerai qu'une qui s'appliquera d'ailleurs à la plupart des traités actuels. La médecine mentale y est toujours présentée beaucoup trop comme à part et les notions indispensables et élémentaires de la pathologie générale y semblent beaucoup trop souvent oubliées, et, de plus, un vrai chapitre de séméiologie manque complètement. Ceci dit, je serai plus à l'aise pour recommander cette nouvelle édition, surtout pour sa première partie. Ce résumé de psychologie normale et

pathologique mérite d'être lu avec attention, comme on peut le voir par les quelques points que j'ai particulièrement indiqués plus haut, car on n'en trouve pas d'analogue dans nos traités et manuels français.

PH. CHASLIN.

Henri Fabre; par le Dr E. Lugaro. Brochure in-8°. Extrait de la *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, décembre 1915.

On comprend que je ne puisse analyser un article sur Henri Fabre. Mais je puis dire que M. E. Lugaro a parfaitement compris le caractère de cet homme de génie, dont l'œuvre scientifique est toute pénétrée « de rares qualités esthétiques et morales, qui la marquera d'une façon singulière parmi les œuvres géniales! » Il a parfaitement compris les ressemblances de Henri Fabre avec Darwin, tout en reconnaissant que le premier est plus étroit et moins puissant. Notre entomologiste, adversaire du transformisme, est pourtant beaucoup plus près du fondateur du darwinisme que « ces transformistes à la coupe qui, du haut des tréteaux universitaires d'Allemagne, exposent point par point l'histoire de la création comme s'ils y eussent assisté et croient avoir en poche la clé de toutes les énigmes de l'univers ». Il y a aussi du Bernardin de Saint-Pierre dans Henri Fabre, qui voit toujours trop l'harmonie, même dans les luttes les plus cruelles et les plus acharnées. C'est un certain côté mystique qui va chez lui de pair avec le don poétique; et ce n'est pas toujours sans danger que la poésie se mêle ainsi si étroitement à la science. Elle mène à prêter parfois aux insectes comme des sentiments humains. Tout au moins Henri Fabre fait-il de fréquents rapprochements entre les hommes et les insectes. Chez les uns et les autres il sent vivement tout ce que la vie présente de brutal et d'odieux à côté de l'harmonie qu'il rêve. Plus que tout autre, il devait être profondément ému de la férocité et de la barbarie de la guerre que nous subissons. M. E. Lugaro rappelle avec force qu'un des derniers mots du grand entomologiste fut : « Guerre aux barbares. »

PH. CHASLIN.

L'anafilassi nelle malattie nervose e mentali. Tesi di libera docenza nella R. Università di Napoli (L'anaphylaxie dans les maladies nerveuses et mentales. Thèse pour l'enseigne-

ment libre à l'Université royale de Naples) ; par le D^r Arrigo Tamburini. Broch. in-8°. Rome, 1914.

Ce travail nous présente un résumé complet de tout ce qui a été écrit sur l'anaphylaxie depuis les mémorables travaux de Charles Richet. Comme le dit le D^r Arrigo Tamburini lui-même, la partie la moins satisfaisante du travail est celle précisément qui donne le titre à la thèse. Plusieurs auteurs ont cherché ce que l'on pouvait espérer au point de vue du diagnostic des affections mentales, de tentatives de réactions anaphylactiques. Cela est fort peu de chose, si bien que M. A. Tamburini a voulu, lui aussi, faire quelques expériences. Et jusqu'à présent malheureusement, rien n'autorise à croire que l'on ait trouvé une action spécifique du sérum sanguin ni du liquide céphalo-rachidien permettant de distinguer, par exemple, la paralysie générale de la démence précoce ou de la folie « maniaque-dépressive ». Mais il semble qu'il y a une certaine réciprocité de toxicité mortelle chez les animaux d'expérience (cobayes) entre les liquides provenant des paralytiques généraux et ceux des déments précoces. Ceci est à rapprocher de ce fait que la plupart des chercheurs ont conclu à la présence, dans le cerveau de ces deux genres de malades, de ferments de défense (suivant les vnes d'Abderhalden). Il y aurait donc, dans le sang des paralytiques généraux et des déments précoces des produits de désintégration de la substance cérébrale.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ALBERT SALMON. Le mécanisme des phénomènes hystériques. Esquisse d'une théorie psycho-physiologique de l'hystérie. 16 pages in-8°. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1914-1915, n° 3 et 4.

JEANNE CARRIÈRE. Démence précoce et lésion rénale. 64 pages in-8°. Toulouse. J. Marqueste, 1915.

LUCIEN LAFFON. Contribution à l'étude des psychoses confusionnelles de guerre. 59 pages in-8°. Toulouse. J. Marqueste, 1915.

PAUL VOIVENEL. Les Allemands et la science de l'esprit malade. 27 pages in-8°. Extrait du *Mercur de France*, numéro du 1^{er} août 1905.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Morts. — Nous avons à enregistrer la perte regrettable de deux de nos plus distingués collègues, morts pour la France, les D^{rs} Lucien Libert et François Boissier.

Le D^r LUCIEN LIBERT est décédé le 22 janvier dernier, à Vincennes, des suites d'une maladie contractée au cours de la retraite de l'armée serbe. Il n'avait que trente-trois ans. Son ancien chef de service à l'asile de Maison-Blanche, M. le D^r Paul Sérieux, a bien voulu consacrer à son ancien interne une notice émue que les *Annales* publient dans la chronique de ce numéro.

Le D^r FRANÇOIS BOISSIER est tombé pour la France le 27 février dernier, à l'âge de cinquante et un ans; il était médecin-major de 2^e classe et les services dévoués qu'il avait rendus au front lui avaient valu une citation des plus élogieuses avec la Croix de guerre. Notre bien regretté collègue avait été reçu interne des asiles de la Seine au concours de 1890; il soutint sa thèse de doctorat en 1894. Ses tendances le poussaient vers la médecine mentale; mais son père, qui occupait une belle situation médicale comme médecin consultant, à Lamalou-les-Bains, étant venu à mourir, le D^r Boissier prit sa succession. Il avait toutes les qualités requises pour réussir dans ces nouvelles fonctions, conserver la clientèle de son père et même l'étendre, aussi réussit-il. Nous ne le voyions plus à Paris que durant les mois d'hiver pendant lesquels il venait régulièrement assister aux séances de la Société médico-psychologique. Nous avons tous grand plaisir à revoir ce collègue, à la figure si franche, si sympathique, à lui serrer la main. Et ç'a été pour nous une véritable tristesse d'apprendre qu'un projectile ennemi, reçu en pleine poitrine, devant Verdun, alors qu'il pensait des blessés, avait brutalement mis fin prématurément à cette belle existence, trop tôt enlevée à sa famille, à ses amis, à ses collègues qui, eux, étaient aussi tous ses amis.

Citations. — Nous avons la satisfaction d'ajouter deux nouvelles citations à celles déjà inscrites à notre Livre d'Or; nous les donnons par ordre de date.

La première est une *citation à l'ordre du régiment*, et porte la date du 8 janvier 1916; elle a été obtenue par M. le Dr Beaussart, médecin adjoint de l'asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

« Le médecin aide-major de 1^{re} classe, BEAUSSART (Pierre-Louis) a rempli depuis le mois de juillet dernier les fonctions de médecin-chef du régiment.

« D'une activité infatigable, d'un dévouement et d'un courage à toute épreuve, le médecin aide-major Beaussart a, tous les deux jours, visité les tranchées de première ligne pendant tout le temps que le régiment les a occupées. Au cours de plusieurs bombardements, et notamment le 15 décembre, a été, sous le feu, relever des hommes grièvement blessés, de façon à assurer leur évacuation, donnant ainsi un magnifique exemple de courage et de devoir militaire. »

M. le Dr Beaussart s'est vu décerner la Croix de guerre; c'était de toute justice. Nos meilleures félicitations.

La seconde citation, qui est datée du 24 janvier 1916, est une *citation à l'ordre de la brigade*; elle a été obtenue par M. le Dr Voivenel, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Toulouse.

« M. le Dr PAUL VOIVENEL, médecin aide-major de 1^{re} classe : d'une valeur indiscutable, d'une énergie exceptionnelle, d'un dévouement au-dessus de tout éloge, a, par son exemple, un grand ascendant sur ses hommes. Fait plus que son devoir. Toujours sur la brèche. S'est conduit brillamment et vaillamment aux combats des 8 et 9 avril 1915 en allant au delà des fils de fer rechercher et ramener dans nos lignes les blessés des troupes d'attaque. »

Nous apprenons enfin que le Dr TRUELLE, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, a reçu la Croix de guerre; nous l'en félicitons cordialement et nous serions heureux de pouvoir insérer dans le prochain numéro des *Annales* la citation élogieuse qui lui a valu cette distinction.

NÉCROLOGIE

PROFESSEUR GILBERT BALLET. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr Gilbert Ballet, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris; membre de l'Académie de Médecine, décédé le 17 mars 1916, après une longue et douloureuse maladie. L'inhumation a eu lieu à Ambazac (Haute-Vienne), son pays natal, dans la plus stricte intimité, en raison des circonstances et suivant la volonté expresse du défunt.

Une existence tout entière, consacrée à la science et à l'enseignement, mérite mieux qu'un simple article nécrologique. Les *Annales* consacreront dans leur prochain numéro, à la vie et aux travaux de notre regretté collègue, une étude développée, due à la plume de son dernier chef de clinique, notre distingué confrère, le D^r André Collin.

D^r GASTON DUHAMEL. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Gaston Duhamel, décédé à Paris, le 6 février 1916, dans sa cinquante-huitième année. Le D^r Duhamel était un ancien interne des asiles de la Seine, de la promotion de 1882. Reçu docteur, il entra comme médecin dans une maison de santé de Saint-Mandé dont il devait devenir directeur; cette maison fut transférée ensuite à Fontenay-sous-Bois. Il avait quitté cet établissement dans ces dernières années et s'était retiré à Paris. Le D^r Duhamel a publié, en 1888, en collaboration avec le D^r J. Dagonet, une traduction du *Traité clinique des maladies mentales* du D^r H. Schüle.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPÏUM

Arrestations de vendeurs de stupefiants. — On mande de Marseille au *Petit Journal* (numéro du vendredi 28 janvier 1916) :

Je vous ai signalé l'arrestation de deux mercantis grecs qui se livraient depuis quelque temps dans notre ville au commerce de l'opium.

Deux autres arrestations ont été opérées relativement à cette affaire de contrebande, celles de deux Arabes, protégés français, Elie Tarab, qui était l'intermédiaire des trafiquants levantins, et Ben Hassin Selimen, qui leur avait procuré une boîte de drogue.

Ce dernier, tenancier d'un restaurant dans le quartier de la Joliette, se livrait aussi à la contrebande du tabac exotique et on a découvert dans son arrière-boutique de nombreuses marchandises et objets provenant de vols. Les quatre mercantis ont été écroués à la disposition du Parquet.

— On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du vendredi 28 janvier 1916) :

Deux inspecteurs de la Sûreté ont surpris hier à Montmartre, en flagrant délit de vente de paquets de cocaïne, un élève en pharmacie, Georges Parmentier, vingt-huit ans, dit le Visionnaire, dit Méphisto. Fouillé, il fut trouvé porteur de plusieurs paquets de cocaïne. Une perquisition, immédiatement opérée à son domicile, fit découvrir deux kilos de la même drogue et, en outre, une quantité de fioles d'opium, de mor-

phine, de caféine, d'héroïne, d'éther, etc. et des seringues hypodermiques. On a trouvé aussi une volumineuse et édifiante correspondance. Il a été envoyé au Dépôt.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du jeudi 24 février 1916) :

En attendant que soit promulguée la nouvelle loi sur le trafic et la détention des stupéfiants, des individus, toujours les mêmes, continuent leur néfaste trafic.

Le sous-brigadier Boudon et l'inspecteur Durand virent sortir, hier, une femme de chez un individu qu'ils étaient chargés de surveiller : Alfred Drouard, dit Pépère, soixante et un ans, trafiquant notoire de cocaïne, déjà condamné pour ce fait. La femme avoua qu'elle venait de recevoir de Pépère 1 gramme de poison. Le trafiquant fut arrêté aussitôt, mais il avait eu le temps de faire disparaître son stock de coco.

Il ne nia pas cependant, mais il dit avoir donné et non vendu la drogue. Une jeune fille présente chez lui, Marguerite Lotte, dix-sept ans, fut arrêtée aussi parce qu'elle avait caché dans la doublure de son vêtement un paquet de cocaïne.

Interrogé sur la provenance de la coco, Pépère n'a fait que des réponses évasives : C'est un individu du nom d'Alfred, rencontré par hasard dans un bar de la place Pigalle qui la lui aurait fournie.

Pépère et sa jeune amie ont été envoyés au Dépôt par M. Lefils, commissaire de police de Clignancourt.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du samedi 11 mars 1916) :

Henri Ferreira, vingt ans, se disant chauffeur, demeurant rue Fontaine, était arrêté, hier, boulevard de Clichy, par des inspecteurs de la police judiciaire, comme il venait de vendre 1 gramme de cocaïne à une jeune femme. Peu après, les mêmes inspecteurs arrêtaient, dans un hôtel du boulevard de Clichy, les fournisseurs de Ferreira : Ernest Bal, vingt-huit ans, se disant pâtissier ; sa sœur, Eugénie, dite Suzanne, trente ans, et l'ami de celle-ci, Robert Coullens, vingt et un ans, sujet belge. Chez l'un et chez l'autre on trouva : balances de précision avec des poids infinitésimaux ; des quantités de papiers tout préparés pour envelopper la cocaïne et huit gros paquets contenant chacun 22 grammes de cette drogue.

Au cours de la perquisition on trouva l'adresse de Charles Delbrut, vingt-huit ans, employé de commerce, rue de Navarin, chez qui on alla perquisitionner aussi. Si l'on ne trouva pas de coco, on trouva du moins trois valises en cuir, du linge fin, des liqueurs de marque, des gants et des bas de soie tout neufs pour femme, des coupons de soie, etc. Toutes ces marchandises avaient été volées par Delbrut à son patron.

M. Lefils, commissaire de police de Clignancourt, a envoyé Ferreira, Bal et sa sœur, Coullens et Delbrut au Dépôt.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du samedi 1^{er} avril 1916) :

La police vient de mettre la main au collet, dans des circonstances curieuses, d'un important trafiquant de stupéfiants.

M. Kien, commissaire de police des Ternes, recevait, avant-hier, la plainte d'un individu se disant, sur ses cartes de visite : « D^r Paul Netti, ancien interne des asiles », qui venait d'être atteint, peu gravement d'ailleurs, de deux coups de couteau donnés par une jeune femme. M. Kien commença son enquête et ne tarda pas à trouver la jeune femme qui est connue dans les établissements de Montmartre sous le prénom de Simone. Mais le plaignant avait disparu.

Furieuse de la plainte déposée contre elle, Simone se vengea en déclarant à M. Kien que Netti était un des plus importants vendeurs de drogues aux morphinomanes et cocaïnomanes de Montmartre et que c'était à la suite d'un achat de coco qu'elle l'avait frappé.

Une perquisition opérée dans la chambre d'hôtel de Netti, rue Brey, amena la découverte de tout un arsenal pharmaceutique : seringues de Pravaz, éther, morphine, cocaïne, etc.

La suite de l'enquête, activement menée par M. Adam, secrétaire de M. Kien, apprit que Netti, qui est âgé de trente-six ans, ancien sujet turc, devenu Grec quand la Grèce annexa l'Epire, son pays natal, avait été interné dans une maison de santé spéciale pour les cures de désintoxication. Il n'était nullement docteur, mais il avait pris quelques inscriptions à la Faculté de Médecine.

Le faux D^r Netti est connu à Montmartre sous le surnom de : « le Visionnaire ». Il était l'ami et le fournisseur du trop célèbre Harry Thomas, dont on parla beaucoup lorsque mourut la jeune danseuse Olga Norton, dite « Chiffon ». Netti avait été lui-même mêlé indirectement à cette affaire.

Netti a été arrêté hier, au domicile de son amie, et transféré au Dépôt.

Fumeries d'opium. — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du jeudi 16 mars 1916) :

La Sûreté générale vient de découvrir, dans un immeuble des plus luxueux du quartier du Champ-de-Mars, une fumerie d'opium, tenue par une demi-mondaine, et où se réunissaient des hommes et des femmes appartenant à une classe aisée.

On n'y pénétrait que sur des invitations spéciales et après présentation.

Le commissaire de police de la Sûreté générale a trouvé, lors de la descente qu'il a opérée, une douzaine de personnes

dont les noms ont été pris et consignés dans des procès-verbaux qui ont été transmis au Parquet de la Seine.

M. Richard, juge d'instruction, a été chargé de l'enquête.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du vendredi 24 mars 1916) :

Une fumerie d'opium a encore été découverte dans un immeuble de la rue de Turin, chez un homme de lettres dont la femme est actrice. Une perquisition a permis de saisir un matériel complet de fumerie et un stock important de drogue : opium et coco. Cette fumerie était fréquentée entre autres par un littérateur et un chansonnier bien connus.

Les stupéfiants étaient procurés par un garçon coiffeur, Henri Plassiat, demeurant avenue de Clichy, qui fut arrêté. Au domicile de Plassiat, on arrêta également un ami de ce dernier, Dominique Mariani, demeurant rue Tholozé, dont il fut question hier matin dans *le Petit Journal* à l'occasion du vol d'un chien.

Le fournisseur était un pharmacien de la rue de Cléry, Georges Nardin, cinquante-cinq ans, déjà condamné maintes fois pour vente de coco, notamment à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende, au mois d'octobre dernier. Nardin a été de nouveau arrêté.

Une perquisition opérée dans les banques où il possédait des compartiments de coffre-fort, a fait découvrir environ 1 kilogramme de cocaïne.

Un autre pharmacien et deux courtiers en droguerie vont être aussi poursuivis.

Devant les tribunaux. — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du jeudi 3 février 1916) :

La 8^e chambre correctionnelle de la Seine a condamné hier par défaut trois cocaïnomanes connues à Montmartre, les nommées Eugénie Thiébaud, vingt ans; Georgette Sevrac, vingt-trois ans, et Lucie Leneuf, dite la Panthère, vingt-quatre ans, qui trafiquaient avec la drogue, parcourant les établissements publics, fournissant le poison à des adeptes. Eugénie Thiébaud et Lucie Leneuf ont été condamnées à deux mois de prison chacune et Georgette Sevrac à un mois de la même peine. Elles ont été frappées, en outre, d'une amende de 3.000 francs.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du jeudi 23 mars 1916) :

Ce sont toujours les mêmes individus se livrant au trafic de la vente de la cocaïne à Montmartre qui se font pincer par la police et qui comparaissent devant le tribunal correctionnel.

L'un, connu sous le nom de « Pépère », Alfred Douard, âgé de soixante et un ans, condamné maintes fois déjà, a récolté hier encore par la 8^e chambre, présidée par M. Chesney, quatre

mois de prison et 500 francs d'amende pour avoir vendu pour 5 francs 1 gramme de cocaïne à un malheureux adonné à la pratique de la funeste drogue.

INCENDIE DANS UN ASILE D'ALIÉNÉS

Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, qu'un violent incendie avait détruit le bâtiment central de l'asile d'aliénés d'Auxerre. Nous devons à l'aimable obligeance de M. le Dr Loup, médecin-directeur par intérim de l'asile, les renseignements suivants sur ce sinistre :

« Le vendredi 3 décembre, à 7 heures du soir, je me trouvais à mon cabinet, lorsque la surveillante en chef accourut me prévenir que le feu était au bâtiment central; elle avait été avisée elle-même par les infirmières qui, se rendant aux cuisines, avaient aperçu des flammes sortant du toit. Je me rendis immédiatement sur les lieux, muni à tout hasard d'un appareil extincteur décroché en hâte. Mais je me rendis immédiatement compte que c'était gravé et que, par nos propres moyens, nous ne pouvions rien faire.

« Le feu avait pris dans un avant-corps situé à la façade postérieure du bâtiment central occupé, au rez-de-chaussée par la cuisine, au premier étage par le magasin aux étoffes, au deuxième étage par le magasin de la lingerie. Je tentai de pénétrer dans ce dernier magasin : le feu avait en effet éclaté dans le grenier qui le surmontait. Mais je dus reculer : le foyer était intense et la verrière du plafond (qui éclairait le magasin) éclatait déjà sous les flammes.

« Après m'être assuré que les pompiers de la ville étaient prévenus, je fis immédiatement jeter par les fenêtres tout ce que l'on put de linge et d'étoffes, réussissant ainsi à en sauver une notable partie.

« Puis, devant la menace d'extension du sinistre, qui pouvait gagner tout le bâtiment central, je décidai de mettre en lieu sûr la chose la plus précieuse : les registres de la loi et les dossiers des malades. Aidé par les soldats, alors arrivés, j'évacuai tout, avec le maximum de précautions.

« De leur côté, le receveur et l'économe déménageaient leur caisse et leurs livres.

« Pendant ce temps, malgré les pompes, le magasin du linge, embrasé, s'effondrait dans le magasin aux étoffes. Cependant, à 10 h. 1/2, l'incendie était maîtrisé et localisé. Le lendemain soir, tout était définitivement éteint.

« Malheureusement, les pertes sont sérieuses : une quinzaine de mille francs de linge et d'étoffes, environ 25.000 francs de

mobilier et de bâtiments. Pertes d'ailleurs couvertes par plusieurs compagnies d'assurances.

« Nous avons dû à l'absence de vent et à la rapidité des secours de ne pas perdre le bâtiment tout entier, malgré l'insuffisance des conduites d'eau. Quant à la pompe à incendie de l'asile, dont cependant, dès le début de la guerre, j'avais prescrit la remise en état, elle resta inutilisable par sa vétusté.

« Le personnel infirmier des deux sexes s'est bien conduit, coopérant activement au déménagement et à l'extinction du feu. Je tiens à signaler tout particulièrement le courageux dévouement de plusieurs malades militaires, actuellement convalescents.

« La perturbation amenée dans les services a été énorme. En ce qui concerne nos registres et archives, rien n'a été perdu, mais le classement et la remise en ordre a demandé un temps très long. D'autre part, la cuisine, quoiqu'épargnée par le feu, est inutilisable; le plafond a résisté à l'effondrement des décombres, mais aujourd'hui s'effrite peu à peu; il faudra le refaire. Et depuis lors, nous vivons comme nous pouvons, à l'aide de fourneaux provisoires installés ailleurs.

« Quelle est enfin l'origine de cet incendie, qui s'est propagé avec une rapidité foudroyante — et stupéfiante? Il ne peut être question de court-circuit; les cheminées voisines paraissent en excellent état. L'enquête n'a donné aucun résultat. En résumé, les causes du sinistre demeurent inexplicables, et — je dois malheureusement ajouter — inexplicables.

« Telle est, en peu de mots, l'histoire de ce triste incident. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Tentative d'homicide et de suicide. — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du mercredi 5 janvier 1916) :

Dés passants étaient attirés, hier matin, par des cris de femme qui semblaient provenir d'un logement situé route de Choisy, à Ivry, et occupé par les époux Belliard, dont le mari, Isidore, souffrait depuis longtemps des signes d'aliénation mentale.

Ce dernier, en effet, en proie à une violente crise de démence, menaçait d'assommer sa femme à coups de marteau. Puis, comme on tentait de le désarmer, il se précipita par la fenêtre du troisième étage.

Le malheureux qui, déjà, à plusieurs reprises, avait tenté de se tuer de cette manière, mais sans jamais se faire le moindre mal, fut relevé, cette fois, très grièvement blessé. On l'a transporté à l'hôpital de la Pitié.

Quant à sa femme, elle porte à la tête de profondes blessures.

Tentative d'homicide. — On mande de Vanves au *Petit Parisien* (numéro du samedi 15 janvier 1916) :

Pris d'une crise de folie furieuse, un camionneur, François Marguenet, domicilié rue Auguste-Comte, tenta d'étrangler sa femme. Il fallut l'intervention des agents pour l'empêcher de mettre son projet à exécution. Il a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du dépôt.

Morphinomane homicide. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du dimanche 23 janvier 1916) :

Employé naguère chez un opticien, 28, rue Manin, un jeune homme de très bonne famille, Verneret, dut quitter la place. Il en conçut contre M. Lucien Richard, son contremaître, un vif ressentiment.

Hier après-midi, il attendit son ancien chef devant la porte de l'établissement. Comme il avait déjà proféré des menaces, des personnes qui l'avaient aperçu avisèrent aussitôt le commissaire de police du quartier du Combat. Le secrétaire du commissariat, M. Martel, se rendit au lieu indiqué. Lorsqu'il arriva, Verneret avait déjà tenté de mettre son projet à exécution. Comme le contremaître sortait, il avait tiré sur lui, heureusement sans l'atteindre, un coup de son browning.

Lorsque le secrétaire voulut le désarmer, Verneret braqua son arme dans sa direction. M. Martel se jeta sur lui et, avec l'aide des personnes présentes, parvint à le maîtriser et à le ligoter.

Verneret, qui demeure 4, rue de l'Encheval, est un morphinomane et est considéré, par tous ceux qui l'ont approché, comme un déséquilibré. Il a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Tentative d'homicide. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du lundi 24 janvier 1916) :

M. Gaubert, commissaire de police du quartier du Mail, interrogeait, hier matin, dans son bureau, un individu que l'on venait de lui amener. Tout à coup, ce dernier, Emile Wasner, horloger, sujet suisse, demeurant rue de Cléry, sans que rien n'ait pu faire prévoir ses intentions, se précipita sur le magistrat qu'il tenta d'étrangler.

M. Gaubert parvint à maîtriser le malheureux qui était en proie à une crise de folie et qui a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

L'homme nu. — Un homme, complètement nu, portant ses vêtements sur les bras, passait en courant, hier soir, vers six heures, devant le commissariat du quartier Notre-Dame, au quai des Fleurs. Deux gardiens du poste se précipitèrent der-

rière lui, le saisirent et le conduisirent devant le commissaire où l'on reconnut que c'était un fou. On trouva en effet, dans ses vêtements, un bulletin de sortie de Bicêtre en date du 17 janvier au nom de Honorat Leneveu, quarante-deux ans, journalier, sans domicile. (*Le Petit Journal*, numéro du mercredi 26 janvier 1916.)

Tentative d'homicide d'un délirant jaloux. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du samedi 26 février 1916) :

Le gardien de la paix Dupin, trente-quatre ans, du VIII^e arrondissement, est également concierge d'un immeuble de la rue Legendre. Depuis quelque temps il donnait des signes de dérangement cérébral, il avait une idée fixe : il doutait de la fidélité de sa femme.

Hier, il se trouvait dans sa loge, se préparant pour aller prendre son service, lorsqu'il vit deux soldats gravir l'escalier.

M^{me} Dupin venait précisément de monter pour allumer le gaz. L'ombrageux mari, subitement pris d'un accès de jalousie, monta derrière les militaires. En se dissimulant, il armait son browning. Arrivé au palier supérieur, il entrevit sa femme qui donnait des renseignements aux soldats. Il n'en fallut pas davantage à Dupin pour trouver là la justification de tous ses soupçons, et il tira.

La balle avait atteint son but, mais c'était dans le bras artificiel d'un glorieux poilu mutilé, qu'elle était venue se loger ! Ce brave, décoré de la médaille militaire et de la Croix de guerre, se nomme Edouard Prince et demeure 79, Grande-Rue, à Maisons-Alfort.

Il en sera quitte pour une petite réparation à son bras mécanique. Quant à Dupin, il est en observation à l'infirmerie spéciale.

Incendie. — On mande des Mureaux (Seine-et-Oise) au *Petit Journal* (numéro du mercredi 1^{er} mars 1916) :

La veuve Rose Comte, laveuse, habitant les Mureaux, rue de la Gare, présentant depuis quelques jours des signes d'aliénation mentale, se rendait de porte en porte, annonçant la guerre terminée. Avant-hier, un agent prévenait le maire que de la fumée se dégageait des fenêtres de la maison habitée par cette pauvre démente. Des voisins et des gardes des voies brisèrent les fenêtres et, à l'arrivée du maire, on constata que la pauvre femme était morte asphyxiée. Dans les décombres de l'incendie, le maire a trouvé une boîte en fer-blanc contenant en pièces d'or 4.440 francs et environ 100 francs en pièces d'argent. L'or a été déposé par le maire chez le percepteur pour être échangé contre des billets.

Suicide. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du jeudi 30 mars 1916) :

M^{lle} Louise Besson, cinquante-cinq ans, 37, rue de Miromesnil, s'est jetée la nuit dernière par la fenêtre de sa chambre, du 6^e étage dans la cour. Le corps a été trouvé par M^{me} Brioude, sœur de M^{lle} Besson, habitant à la même adresse, qui a déclaré que, depuis quelque temps, la désespérée donnait des signes de dérangement cérébral. Le commissaire de police du quartier procède à une enquête.

TRIBUNAUX

La tueuse d'enfants. — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du dimanche 23 janvier 1916) :

La cour d'assises de la Seine a jugé hier une jeune femme, Pauline-Virginie Pesch, âgée de vingt-cinq ans, accusée de forfaits particulièrement odieux : elle a fait disparaître deux de ses enfants, le premier, Edmond-Henri, en 1913, et Léon-Robert, le 14 août 1915. Dans l'intervalle, en avril 1914, un troisième enfant, le jeune Edmond, succombait, dans des conditions inexplicables, mais suspectes. Tous trois sont décédés à l'âge d'un mois à six semaines.

Virginie Pesch, qui habitait avec son mari, 21, rue de Paris, à Noisy-le-Sec, faisait savoir au commissaire de police, le 14 août dernier, que son fils, Léon-Robert, venait d'être trouvé par elle étouffé dans son lit. Le commissaire de police, en examinant le cadavre avec un médecin, releva des traces de violences sur le corps. La femme Pesch expliqua alors que le bébé était mort d'une chute accidentelle. En l'emmaillotant elle le laissa tomber, et c'est alors qu'il se brisa le crâne. Elle fut arrêtée, et c'est au cours de l'instruction que le cadavre du petit Edmond-Henri, celui mort en 1913, fut exhumé. Le D^r Dervieux, médecin du Parquet, examina le squelette et constata deux fractures de la boîte crânienne.

Quant au troisième petit enfant, Edmond, décédé en 1914, et que la mère avait confié à l'Assistance publique, où il mourut quelques jours après son admission, son corps ayant été incinéré, il n'a pas été possible de procéder à des vérifications.

Virginie Pesch, une petite femme maigre, portant lorgnon, est une sorte de déséquilibrée que le docteur aliéniste Marie, qui l'a examinée, a reconnue à demi consciente.

Le jury ayant admis les circonstances atténuantes, la cour a condamné la tueuse d'enfants à trois ans de prison, et 50 francs d'amende.

Dégénéré déserteur et assassin. — On lit dans *le Journal* (numéro du mardi 8 février 1916) :

Le soldat Edgard Heylbrock, du 406^e d'infanterie, était

prévenu devant le deuxième conseil de guerre de désertion à l'intérieur en temps de guerre, de port illégal d'uniforme et de décorations et de tentatives de meurtre ayant pour but de favoriser sa fuite.

L'accusé n'est autre que ce jeune bandit de dix-huit ans qui, après avoir quitté son régiment le 24 octobre dernier, se rendit à Paris où il n'eut rien de plus pressé que de s'affubler d'un uniforme de sergent du 57^e régiment d'infanterie et d'arborer sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur, la médaille militaire et la Croix de guerre, ce qui lui permit d'apitoyer la générosité publique.

Plus de deux mois après sa désertion, c'est-à-dire le 12 décembre, on eut des doutes sur ses glorieuses décorations, et, comme le brigadier-fourrier Marcel Hermant était chargé de l'accompagner au commissariat militaire de la gare de Lyon, où il prétendait avoir laissé les pièces justificatives concernant son identité et ses actions d'éclat, il réussit, en cours de route, à fausser compagnie à son gardien. Au moment où il allait être rejoint par ce dernier et trois agents, il tira sur eux sept coups de revolver, qui blessèrent légèrement deux passants.

D'après le médecin aliéniste chargé de l'examiner, Heylbrock serait un dégénéré physique et mental, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés et possède un discernement insuffisant.

Le conseil, malgré la défense de M^e Emile Michon, qui a plaidé habilement l'irresponsabilité, n'a pas hésité à condamner cette brute malfaisante aux travaux forcés à perpétuité.

Reconnu aliéné malgré lui. — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du mardi 21 mars 1916) :

Le maréchal des logis Loiseau est archi-fou; mais une des caractéristiques de sa démence est de se croire sain d'esprit et de vouloir expliquer logiquement tous ses actes. Inculpé d'insoumission, faux et écritures authentiques, il donna, le 27 décembre dernier, la mesure de son inconscience si bien que l'affaire fut renvoyée à une autre audience.

Dans l'intervalle, le D^r Briand examina Loiseau, qu'il reconnut irresponsable. Hier, malgré les protestations du maréchal des logis Loiseau, qui se prétend de plus en plus lucide, le 3^e conseil de guerre, devant lequel comparaissait l'accusé, après la plaidoirie de M^e Henri Reiber, l'a purement et simplement acquitté.

FAITS DIVERS

Les cas de démence dans l'armée allemande. — On mande de New-York au *Petit Journal* (numéro du vendredi 25 février 1916) :

Le *New York Sun* publie des extraits du *Deutsche medizinische Wochenschrift* signalant de nombreux cas de démence dans l'armée allemande dus à un ébranlement du système nerveux provoqué par l'explosion des obus.

Le *New York Sun* fait remarquer que cet aveu est significatif et que cette particularité de la vie des tranchées est un signe de l'agonie de la nation allemande.

Le journal ajoute que les rapports français et anglais relatifs au même sujet n'ont pas le même caractère de gravité. Certes, ils constatent que les nerfs des soldats sont soumis à une rude épreuve et que, dans certains cas, du mutisme et de la surdité s'ensuivent, mais ils n'admettent pas des effets aussi terribles.

La comparaison est douloureuse pour ceux qui croient dans le parfait équilibre allemand, car les rapports médicaux allemands disent clairement que la multiplicité des cas est une grave menace pour la nation.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Les Universités allemandes au XX^e siècle.

René Cruchet, agrégé de Bordeaux, Dalous, agrégé de Toulouse, Guillemot, médecin des Hôpitaux de Paris, et quelques autres seigneurs d'égale importance se trouvaient à Verdun où ils s'occupaient, comme il convient, de neuro-psychiatrie, de bactériologie et des méningites cérébro-spinales.

Survint un aquilon.

Les vides cruels subitement produits dans le corps médical régimentaire par la bataille de Verdun, mirent le Service de Santé dans l'obligation immédiate d'emprunter aux formations sanitaires les plus proches.

Et c'est ainsi que Guillemot, qui fut plusieurs mois... médecin auxiliaire dans un régiment de territoriaux et qu'un juste décret a « transformé(?) » en médecin-major de 2^e classe, fut envoyé au 220^e d'infanterie, dont un aide-major, Delon, et un médecin auxiliaire, Barbe, venaient d'être tués par le même obus, au Mort-

Homme. C'est ainsi que René Cruchet, nommé lui aussi au troisième galon.... *quousque tandem!* devint médecin chef de service du 288^e régiment d'infanterie.

Et ceci me valut le plaisir de revoir sa fine figure de mousquetaire chenu, et l'avantage de recevoir de lui son volume sur « *les Universités allemandes au XX^e siècle* », publié chez Colin, en 1914, et paru immédiatement avant la guerre.

Stylé aux convenances hiérarchiques par vingt mois de guerre, le médecin de bataillon que j'étais crut de son devoir de lire avec précipitation le volume d'un chef de service de régiment, et l'on sait que ces derniers n'ont guère le temps d'écrire.

Mais voilà que, dès les premières pages, le livre m'intéressa pour lui-même, me captiva après le premier chapitre et que je me surpris à prendre des notes pour mon plaisir essentiellement personnel dégagé de toute préoccupation hiérarchique.

René Cruchet donc visita l'Allemagne. Interne en 1902 — il nous prévient qu'il avait vingt-cinq ans — je ne vous dirai pas son âge aujourd'hui — il parcourut des Universités qu'il revit en 1909 et 1912 comme professeur.

L'interne publia deux rapports sur la médecine allemande, édités à Bordeaux.

L'agrégé se devait de publier ce volume chez un éditeur parisien.

Il l'a, ma foi, fort bien écrit.

A voyager en Allemagne, il a fortifié en lui la notion de l'importance de l'« officialité » et a en l'habileté de présenter au rez-de-chaussée de son ouvrage une préface d'un membre de l'Institut, M. Camille Jullian.

J'ai lu cette préface avec les sentiments de profond respect qui convenaient et j'ai pour ma gouverne souligné ces phrases :

« Les mois que j'ai passés en 1882-83 à l'Université de Berlin sont restés parmi les plus précieux de ma vie... Il régnait, dans cette Université, un tel entrain pour le travail, une telle ardeur pour la science, une si bonne camaraderie... »

M. C. Jullian était venu à Berlin pour Mommsen : « On se sentait vite conquis. Que l'on n'oublât pas tout son passé, et ce qu'il avait écrit, *et ses imprudences de langage*, qu'il n'y eût pas parfois entre lui et ses étudiants français (surtout quand ceux-ci étaient du Midi) des heurts rapides et violents, *il n'importe : la présence de Mommsen à Berlin était pour eux la joie de leur vie.* »

Mais passons à René Cruchet.

Il se promène donc, curieux, à travers les Universités d'Allemagne. Voisin du pays de Montaigne, un tantinet poète, volontiers sceptique, il regarde et, vite, quand, par hasard, le Bordelais matois s'est laissé « embobiner » par quelque Hessois ou quelque Thüringien, la réaction apparaît immédiate, et les choses sont gentiment mises au point.

Suivons notre compatriote. Regardons-le faire. Nous n'y perdrons pas notre compte. Avec sagacité il a préparé son itinéraire. C'est d'abord Bonn sur le Rhin, l'Université où les rois de Prusse, « devenus à partir de 1871 empereurs d'Allemagne, ont fait depuis soixante-dix ans, jusqu'à sept et huit semestres de leurs études », l'Université où le kaiser sanglant d'aujourd'hui s'affilia à un « corps » d'étudiants et où le kronprinz essaya de développer une intelligence que sa microcéphalie ligotait.

Cruchet, dès le début, est à son aise.

Le malicieux hasard le fait arriver en Allemagne à 7 heures du soir, à l'heure du repas, et notre Bordelais, aussitôt, d'aller dîner dans un jardin « à l'entrée des

belles allées Poppelsdorf aux sons d'une musique militaire ». Il écoute, il regarde, il renifle.

Et, sans attendre davantage, nous avons une notation exacte de ce que, sous son amabilité de façade, est en réalité l'Allemagne.

« Ici, on sent presque la poudre, encore plus qu'ailleurs ; les officiers tiennent le haut du pavé, et les étudiants, qui les admirent, en copient les manières, les gestes et les tics. »

La première conversation avec un maître, le professeur Siegert, est significative et curieuse à résumer, aujourd'hui que, devant l'échec à Verdun, le chancelier nous couvre de fleurs.

« Etre amis des Français, dit Siegert, c'est notre rêve doré et notre désir le plus cher... Nous aimons la France, autant que nous détestons l'Angleterre... Quant à l'Italie, amie infidèle et peu sûre... »

Cruchet écoute. Ça ne prend pas et, de suite, le mitoyen de Montaigne nous avertit :

« Sans relever tout ce que contient de contraire à la vérité historique la thèse de mon distingué contradicteur, il suffit que l'amitié qu'elle nous offre semble être, en même temps qu'une renonciation pure et simple, une machine de guerre dirigée contre l'Angleterre ; il suffit enfin qu'elle nous fasse autant d'avances pour qu'elle nous soit quelque peu suspecte..

« Tous les Allemands, à notre époque, qu'ils soient universitaires ou commerçants, industriels ou agrariens, artistes ou hommes d'État, tous, comme leur Empereur, se disent pacifiques éperdument. On peut souhaiter que ce soit la vérité, mais quand on voit des médecins eux-mêmes tenir sur la paix un langage comme celui que je viens de rapporter, un doute malgré soi vous étreint. »

Les événements ont montré combien Cruchet a su voir juste.

Combien d'autres avec lui ! Et je songe à un roman auquel on n'a pas fait suffisamment attention quand il a paru, à ce remarquable *M. et M^{me} Moloch* de Marcel Prévost, où toutes les revendications exprimées par les Tentons au début de la guerre actuelle étaient si détaillées.

Mais, arrêtons-nous surtout à ce qui nous intéresse particulièrement, nous médecins et psychiatres, dans le livre de René Cruchet.

Bonn, en dehors des étudiants de parade que furent les rois de Prusse, a eu des maîtres comme Kékulé pour la chimie, Helmholtz pour la physique et, pour la chirurgie, Bier qui y professa avant d'aller à Berlin.

De Bonn, Cruchet se dirige vers *Kiel*, ouvrant l'œil sur le paysage, les prairies, les blés, les oies, les forêts. Il inscrit sur son carnet la passion pour la marine, la fierté, et est heureux de constater que l'élément danois a « policé, perfectionné, raffiné » l'élément germanique.

Il visite tout en détail et fait une mention spéciale pour la clinique nerveuse et psychiatrique du professeur Siemerling.

« Les maladies nerveuses proprement dites occupent un pavillon séparé de 25 à 30 lits, tandis que les maladies purement psychiques sont disséminées en plusieurs pavillons distincts tenant en tout 125 lits environ.

« C'est toujours, dans l'ensemble, le même plan d'organisation : au centre le bâtiment d'enseignement avec salle des cours, suivis par une cinquantaine d'élèves ; et tout le matériel nécessaire (appareil de projection et épidiadoscope) avec laboratoires (chimique, histo-physiologique, physique et psychique), et musée de collections : aux ailes, les pavillons de malades, une aile pour les femmes, l'autre aile pour les hommes, avec tout le confort indispensable, variant suivant les

classes. Les bains sont à proximité, et disposés pour une durée prolongée. »

Il y a là une histoire édifiante de paralytique général présenté à Cruchet et qui, soudain, s'écria :

« Ah ! vous êtes Français ; eh bien ! sachez, monsieur le professeur, que les Allemands sont le plus grand peuple de la terre, et que je suis le plus grand des Allemands. Votre armée ne compte plus, votre commerce n'existe plus, votre industrie est morte, votre marine est en complète pourriture... Mais l'Allemagne est grande, très grande, la plus grande des nations. Et moi... »

Et le privat-docent de Siemerling d'escamoter vite cet imprudent P. G. qui, comme les enfants disent la vérité en France, en tant qu'aliéné la disait en Allemagne.

A ce propos, nous pensons que les formes délirantes relativement cohérentes, le délire des grandeurs et de persécution surtout, doivent être extrêmement fréquentes en Allemagne, s'organiser tant bien que mal dans les démences ou les vésanies pures et expliquer les théories des psychiatres d'outre-Rhin qui, tour à tour, font de ces délires des formes de la maniaque dépressive ou de la démence précoce.

Dès Kiel, Cruchet nous parle des mœurs des étudiants et de leurs duels, sujet très connu — sur lequel il aura peut-être tort d'insister dans plusieurs chapitres — et de l'ostracisme qui sévit là-bas sur nos publications françaises, ostracisme qu'a plusieurs fois souligné notre grand chroniqueur médical, F. Helme.

Il cause avec un neurologiste qui considère Pitres comme supérieur à Babinski, et Déjerine comme ayant raison contre Pierre Marie.

Plus tard, quand Cruchet sera, à Erlangen, reçu à déjeuner par Strümpell, la belle-mère de ce dernier, très gentiment, lui demandera à brûle-pourpoint :

« Alors, en France, vous n'avez pas de neurologues ? »

A Halle, Cruchet nous dira l'opinion du professeur Hitzig pour qui Brissaud était un « fantaisiste », une sorte de « romancier médical », Raymond un « pâle reflet de Charcot, le grand maître disparu », un « vulgarisateur au salon élégant ».

Pitres et Pierre Marie lui apparaissaient bien supérieurs, « mais, comme pour tous les Allemands, sa véritable estime de savant allait à Déjerine, dont il était fier de se dire un vieil ami ».

*
*
*

Ne nous laissons pas aller au hasard de la plume.

Suivons sagement Cruchet.

Et, continuant son voyage dans le Nord, filant ensuite vers l'Est, notre voyageur de s'arrêter à *Rostock*, près de la Baltique, et de nous décrire longuement son Université que nous connaissons peu. Ce diable de Bordelais se découvre historien et plonge dans le passé avec la même maestria qu'il mettra plus loin à nous décrire, à propos de Iéna, la campagne de 1806 et la grande bataille de Napoléon. Il nous dit comment Tycho-Brahé, étudiant, perdit son nez dans un duel, nous parle de la guerre de Trente ans et de Képler, nous annonce l'importance des bibliothèques allemandes, va voir opérer le professeur Müller et, à ce sujet, brosse un tableau délicieux d'humour, cite simplement la clinique psychiatrique et, reprenant alertement le train, s'en va à *Greifswald*, université voisine datant de 1456 et qui, dans une petite ville de 24.000 habitants, peut, sur la liste de ses maîtres médicaux, compter : Hoesen, Hüter, Billroth, Eulenburg, Bardeleben. Le professeur d'hygiène en est Loeffler lui-même, tandis que les psychiatres en sont Schaltze et Voss. Cruchet va rendre

visite au lecteur français Lestours, dont il ne partage pas les illusions sur un rapprochement franco-allemand possible.

Ayant gentiment écouté le lecteur français, retourné dans sa chambre, le Bordelais écrit : « Certes, je n'étais guère enclin à partager son optimisme sur la francophilie de l'empereur Guillaume et de ses sujets : non que je n'eusse pas bénéficié bien souvent, moi aussi, de l'amabilité extraordinaire des Allemands, presque gênante même, à mon égard ; mais derrière leurs paroles amènes et pacifistes, l'expérience m'avait prouvé qu'il se cachait presque toujours un pangermanisme exorbitant, violent, agressif même. Oui, on envoie des madrigaux et des fleurs à une femme d'attaché : c'est bien ; mais le lendemain, c'est un discours sur la poudre sèche ; oui, on se détourne gracieusement de son chemin pour aller baignaudeur avec Waldeck-Rousseau ou avec des Français qui vont aux régates de Kiel : c'est charmant ; mais, peu après, la croisière impériale se montre tout à coup sur les côtes du Maroc, lançant sur le monde surpris des paroles retentissantes de colère. »

Comme le médecin de régiment qu'est actuellement R. Cruchet doit jubiler quand il relit ces phrases !

Et, satisfait, il n'hésite pas à faire « quinze bonnes heures de chemin de fer » pour aller à *Kœnigsberg*, capitale de la Prusse orientale.

Ici, c'est Kant — inutile d'insister, n'est-ce pas — Dieffenbach, Lexer, Pfeiffer, Minkowski (celui du pancréas) qui fut professeur à Kœnigsberg avant d'aller à Breslau.

Dans une intéressante conversation avec un des maîtres de Kœnigsberg, Cruchet ne rate pas l'occasion de dire à ce maître qu'ils ont en Allemagne la « maladie des spécialités » et que « le morcellement à l'infini des

phénomènes morbides rapetisse l'esprit et le noie dans le minuscule détail ».

Bien dit ! surtout que Cruchet ajoute : « Ce qui fait qu'actuellement nos spécialistes français sont tous d'une valeur professionnelle incontestable, c'est qu'avant d'être spécialistes, ils ont tous été éduqués à la médecine et à la chirurgie générales. »

*
* *

A *Berlin*, Cruchet se laisse aller à citer tous les grands noms de l'Université : Fichte, Hegel, les frères Schlegel, les frères Grimm, les Humboldt, Wolf, Eichhorn, etc., Treitschke, Mommsen et, parmi les médicaux : Langenbeck, Gräfe, Virchow, Waldeyer, Koch.

Entre temps, il regarde d'un œil ironiquement averti « l'allée de la Victoire avec ses trente-deux Hohenzollern-bornes », la colonne de la Victoire et « cette colossale et disproportionnée statue de Bismarck qui, en pied et costume bourgeois, se dresse, ridicule, devant le palais du Reichstag ».

Il visite, à la Charité, les cliniques médicale (de Leyden), infantile (de Henbner), ophtalmologique (de de Greef), l'Institut anatomo-pathologique, la clinique neuro-psychiatrique.

« Celle-ci, en particulier, que me fit visiter son directeur, le professeur Jolly (mort depuis et remplacé par Ziehen, le psychiatre bien connu), est l'une des premières, en Allemagne, où l'on ait réuni — tout en les divisant dans des pavillons séparés — les maladies nerveuses et mentales. Le bâtiment d'entrée porte au frontispice : *Nerven und psychiatrische Klinik*. L'édifice pour les seules maladies « nerveuses » peut être considéré comme un modèle du genre. On n'y peut

hospitaliser que soixante malades, mais les salles y sont très judicieusement aménagées, avec réfectoire et véranda, salles de bains, lavabos, etc. ; surtout le matériel d'enseignement m'a paru parfait. On compte, en dehors de l'auditorium, du cabinet du directeur et de la bibliothèque, deux vastes laboratoires, plus une chambre noire, une autre chambre de travail pour le garçon de la clinique et une pièce pour les collections. Chacun des trois assistants a encore un laboratoire pour lui seul, ainsi que le professeur-directeur. »

Après avoir signalé avec quelle rapidité, en Allemagne, les Universités, à l'affût du progrès, se régénèrent, Cruchet nous dit quelques mots sur le « Comité central pour le perfectionnement des médecins », reconnu par un décret en date de 1900, et ses nombreuses filiales.



Puis, descendant vers le Sud, il nous mène à Breslau, Leipzig, Halle.

Breslau, capitale de la Silésie, lui montre la clinique médicale de Minkowski, la clinique chirurgicale de von Mikulicz — mort depuis, — la clinique dermatologique de Neisser — passé depuis à Berlin, — la clinique infantile de Czerny. Cruchet insiste ici sur le nombre et le luxe des laboratoires d'apparence presque disproportionnée avec le nombre des malades et, après avoir refoulé son dépit (bien légitime quand on connaît la pauvreté de bien de nos laboratoires) — que dirais-je de la vétuste et lamentable clinique des maladies mentales de Toulouse? — il ne peut s'empêcher de ratiociner : « L'impression qu'on retire d'une telle visite, dit-il, est que la clinique n'est pas instituée pour les malades, mais bien au contraire que les malades ne sont hospitalisés que pour les seuls besoins de la clinique. Cette

façon de concevoir la médecine est non seulement inhumaine, mais elle est fautive, car elle est absolument contraire aux données mêmes de l'étude clinique de l'homme ; la méthode expérimentale ne peut rendre des services qu'à la condition d'être subordonnée à la connaissance préalable des grands symptômes morbides ; commencer par elle est s'exposer à de grossières erreurs et, par suite, à de notables préjudices. C'est à quoi aboutira nécessairement la nouvelle école allemande si elle ne réagit pas contre la tendance fâcheuse qui l'envahit de plus en plus.

« Cette déformation de l'idée pastorienne, ajoute l'auteur, est tout à notre honneur, en ce sens qu'elle prouve, par son existence même, le rayonnement du génie de Pasteur ; elle est pénible aussi, parce qu'elle tend à s'éloigner par trop des principes directeurs dont elle émane ; elle est surtout parfaitement ridicule quand elle s'allie, comme c'est la règle, à un pangermanisme outrancier. »

* *

A *Leipzig*, nous sommes en pleine université de vente, dans la cité des livres dont les grands hommes furent surtout des vulgarisateurs : au XVIII^e siècle, Gottsched, le simili-Boileau de l'Allemagne, qui fit la fortune du grand libraire Breitkopf ; à notre époque, Karl Lamprecht lui-même.

Nécessairement, ici, Cruchet s'occupe de Goethe qui y passa sa première jeunesse et nous montre chez lui une période d'excitation sexuelle qui se termina par une hémoptysie, cas assez fréquent. Disons que dans le livre de Cruchet la physionomie de Goethe revient souvent. C'est que ce grand Allemand fit sa récolte intellectuelle un peu dans toutes les Universités : à *Leipzig*, il s'excite et se bat en duel ; à *Iéna*, il a une crise de

catarrhe et délire ; à Goettingue, il compulse des travaux pour établir sa théorie des couleurs ; à Giessen, c'est l'hôtel qu'il habita qui intéresse notre Cruchet, qui ne manque pas de nous parler de sa maison natale à Francfort.

Cruchet a vu à Leipzig His et examiné quelques-unes des trente mille coupes de Flechsig sur la myélinisation progressive des centres nerveux.



Dans la même partie de l'Allemagne est *Halle*, où l'auteur souligne la grossièreté et la brutalité des étudiants, nous parle de l'érudit Wolf, puis de Schwartz, d'Eberth, de Fränkel et insiste sur la dureté de von Bramann pour les malades qu'il triture comme à plaisir ; et c'est ensuite l'inspection de la clinique psychiatrique du professeur Hitzig.

« Cette clinique psychiatrique, la première édifiée en Prusse, en 1891, sur les plans mêmes de Hitzig, est actuellement un peu démodée ; mais pendant longtemps, elle a servi de modèle à toutes les cliniques analogues élevées en Allemagne. »



Et voici que Cruchet, suivant la Saale dont « les rives de plus en plus escarpées, vertes et boisées, alternent avec des coteaux couverts de vignes », se dirige vers la partie montagneuse de l'Allemagne, celle que les gogos littéraires se sont jusqu'aujourd'hui acharnés à appeler la « vieille Allemagne mystique et vertueuse ». Là, le flâneur gascon se retrouve, grimpe, descend, remonte, baguenaude et observe. Iéna, Goettinguen, Marbourg, Giessen, Heidelberg, la Thuringe, les montagnés

de Franconie, la Hesse, le Palatinat, Wurtzbourg, Erlangen, Munich, la Bavière, la région de Bayreuth, sont parcourus par l'agréé bordelais qui, au gré des souvenirs et des acquisitions nouvelles, heureux de vivre, d'écrire, nous parle de musique, de philosophie, de batailles, de chimie, de mathématiques, voire même de « l'existence du non-moi »... et heureusement aussi de médecine. La Thuringe, en particulier, avec ses forêts et ses castels anciens, influence le cadet de Gascogne qui, pour un peu, à la Wartbourg, la vieille citadelle romane du XI^e siècle, se laisserait aller à un attendrissement, qui d'ailleurs ne nous inquiète guère sur son compte — car nous le devinons construit de réminiscences littéraires inconscientes.

Nous ne répéterons pas à sa suite les noms des poètes et philosophes de la cour de Weimar, nous ne rappellerons pas l'assassinat de Kotzebue par l'étudiant Charles Sand en 1819, mais nous soulignons l'intérêt particulier des pages où, à propos de l'Université d'Iéna, Cruchet montre l'union si caractéristique du côté purement spéculatif et du côté purement commercial dans les rapports de la grande maison Carl Zeiss et de l'Université.

A Iéna se trouve la clinique psychiatrique du professeur Binswanger.

C'est dans cette ville que Schleiden découvrit la cellule.

*
* *

Gœttingue eut Bismarck comme élève. Ebstein en dirige la clinique médicale et Braun la clinique chirurgicale.

*
* *

A *Marbourg*, dans un admirable site du Breitenweg,

von Behring continue ses recherches sur la tuberculose et la clinique psychiatrique de Tuzek éparpille dans les bois ses six magnifiques pavillons.

A *Giessen*, ville voisine, Liebig professa, de 1824 à 1852, ses cours fameux de chimie. Riegel et Pfannenstiel font aujourd'hui en partie sa réputation médicale. La clinique nerveuse et psychiatrique du professeur Sommer dissémine aussi de merveilleux pavillons sous des bois, qu'en mai, Cruchet vit tout fleuri de lilas.

Et nous ferons remarquer que non seulement ces villes sont voisines, mais que ce sont de petites villes. Göttingen a 30.000 habitants et 2.000 étudiants; Marbourg, 20.000 habitants et 2.000 étudiants; Giessen, 30.000 habitants et 1.200 étudiants. Dire en plus que les cliniques et laboratoires y possèdent le dernier cri de luxe, c'est donner une idée du formidable effort fait par l'Allemagne pour maintenir *über alles*, au-dessus de tout la science allemande.

Nous arrivons enfin à *Heidelberg*. Petite ville de 50.000 habitants, elle possède cette université bien connue et que Cruchet étudie plus en détail que les autres. Il divise ses impressions en trois périodes : une période de mise au courant des us et coutumes; une période d'étude technique des Facultés « qui fut la plus longue et la plus pénible ».

« Au fur et à mesure, dit-il, que je visitais les cliniques, que je pénétrais plus avant dans l'étude de la science et de l'université allemandes, j'étais comme ébloui, fasciné par les merveilles que je voyais; et de

ces constatations répétées, mon amour-propre sortait chaque fois plus meurtri. »

Le neurologiste Erb l'intéresse particulièrement. Cet élève de Charcot avait conservé, de la fréquentation du maître, le souci de la clarté et de la simplicité. Il passait pour l'homme le plus bourru, le plus « grob » du Palatinat et ne perdait pas l'occasion, dans une leçon, de railler l'orgueil des Anglais ou de taper sur les Russes dont il dit, une fois, dans une boutade bien allemande, qu'ils étaient tous syphilitiques. Cruchet le vit, un jour de chaleur torride, au beau milieu d'une leçon « délicate », sortir brusquement de la poche de son veston un petit éventail en papier qu'il agita avec conviction.

Dommage que Hansi n'ait pas été à côté de Cruchet à cet instant !

Les salles de cours, les bibliothèques, les laboratoires, la clinique de Czerny, morte depuis, la clinique de Vierordt fascinèrent Cruchet, qui s'attendrit en songeant à la création de « l'institut technique pour l'étude du cancer ».

Il voit encore la polyclinique médicale de Fleiner et se trouve soudain myopathisé devant le luxe de la salle d'autopsie où les morts vont en ascenseur, servis au maître comme les plats d'un grand restaurant au consommateur. Alors qu'en France les autopsies se font dans chaque service, ici, c'est le professeur d'anatomie pathologique qui règne sur le monde des ombres, tandis que chez nous le même professeur est un chemineau coupe-toujours qui, la main tendue et le microtome rouillé, implore la charité de ses collègues.

Puis c'est le merveilleux institut d'anatomie dirigé d'abord par Gegenbaur, que Fürbringer a remplacé ; c'est l'institut de physiologie construit en 1875-1876, après le départ de Helmholtz, sur les indications de

Kühne ; c'est enfin la clinique des maladies mentales que dirigeait Kraepelin quand Cruchet la visita, avec un laboratoire exclusivement consacré aux préparations anatomiques du cerveau où Nissl, alors privat docent, poursuivait ses travaux de coloration du système nerveux.

« Et j'admirais non seulement l'étendue de ce laboratoire pour lequel, quand je le visitai, 18.000 marks venaient d'être votés, pour l'agrandir, mais l'idée même qui avait présidé à cette organisation supérieure. Cent lits, distribués par nombre de trois à quatre dans des chambres propres et spacieuses, recevaient seulement les sujets pouvant être utiles à l'enseignement ou à la science psychiatrique ; les cellules y étaient inconnues ; seules, quelques chambres d'isolement persistaient, et encore pour les malades qui « voulaient » s'isoler ; les agités étaient surtout traités par l'hydrothérapie tiède sous forme de bains où ils demeuraient de longues heures, tandis que la camisole de force et les mesures brutales avaient complètement disparu. »

Et, progressivement, au milieu de ces émerveillements, notre Bordelais sagace, finaud et sceptique, s'achemina vers ce qu'il appelle la troisième étape de ses impressions. Il sentait sous les politesses exagérées percer « le grain de la jalousie et plus encore le contentement de soi-même et l'orgueil incommensurable ».

Et il donne plusieurs exemples.

Un des plus typiques, est la réflexion faite au cours d'une grande chasse en Hanovre, où un des amis de Cruchet avait été invité ; cet ami venait de rater un faisan, et son voisin, finement, de dire : « Ne vous étonnez pas, messieurs, c'est un Français qui vient de tirer. Et nous savons, depuis 1870, quelle est la justesse de leur tir. »

Cela me rappelle, à Grisolles, quand je soignais von

Winterfeldt, de Radowitz éprouvant, dès le premier repas, le besoin de dire combien il s'intéressait aux études sur la guerre de 1870. (Comme par hasard j'éprouvais, aussi impérieux, le *re*besoin de lui *re*dire « combien je m'intéressais aux études sur la campagne de Prusse de Napoléon en 1806 ».)

*
* *

Mais n'insistons pas sur une mentalité si spéciale, et suivons Cruchet qui nous mène en Bavière, apprécie la bière, admire la vallée du Main, respire les fleurs de Wurzburg et pour un peu — lui, le Bordelais — chanterait « ce vin fameux de Franconie, déjà chanté dès le VIII^e siècle ».

Wurzburg est l'Université où professèrent les plus grands anatomistes de l'Allemagne : c'est là que Virchow écrivit son livre sur *la Pathologie cellulaire* ; là qu'enseigne Kölliker ; là qu'enseignèrent von Siebold, Schönlein ; là que Röntgen commença ses travaux sur les rayons X.

Un des regrets de Cruchet est d'avoir quitté Wurzburg « sans avoir goûté ni Steinwein, ni Leistenwein, ni Hörstein, ni Pfulben, ni aucun de ces délicieux vins de Franconie conservés, pour leur bonheur et celui de ceux qui les boivent, dans des bouteilles spéciales du nom de « Bocksbeutel » !

Pauvre Cruchet !

J'avoue qu'ici je lui j'en veux. Lui qui parle d'histoire, de poésie et de « délicieux vins », il n'a presque pas de critique pour la cuisine allemande, cette cuisine spéciale, lourde, et qui doit nous intéresser, nous psychiatres, qui savons le rôle de la nourriture sur la mentalité ; et j'en suis réduit à me rappeler les pages de Jules Huret sur cette race allemande actuelle qui

« s'accorde sans tarder tout le confort permis, entendant passer à table les heures qu'elle n'emploie pas au dur labeur ou au sommeil » ; un ou deux articles de mon vénéré maître Remy de Gourmont ; un travail de mon ami Henri de Noussanne ; quelques lignes de Fiessinger, et à me souvenir que Stendhal — Cruchet doit l'aimer — parlant des fruits allemands, dit qu'il y a « des fraises, mais allemandes, ça veut dire grosses, belles et sans parfum ». Quand Cruchet s'extasie sur les vins... qu'il ne boit pas, je songe que le spirituel cardinal du Perron disait des Allemands : « Ce sont des esprits de bière et de poisse ».

*
* *

Sur ce, nous voici à *Erlangen*, une petite ville de 23.000 âmes dont l'Université est remarquable, la Bibliothèque puissante, qui eut comme maîtres Fichte, Schelling, Liebig, Ohm, Platen, le poète Rückert, et où Cruchet fut reçu par le professeur Strümpell, très embêté contre Babinski dont le « signe » fit du tort à son *Tibialisphänomen*, qu'il disait avoir découvert en 1887.

« Puisque vous connaissez Babinski, disait-il avec insistance à Cruchet, parlez-lui de mon « phénomène tibial » ; montrez-le aussi à Pitres, à Raymond, à Marie, à Brissaud, à Déjerine..., car il est très intéressant, n'est-ce pas ? »

C'est chez Strümpell qu'une question idoine fut posée à Cruchet par la belle-mère du Herr Professor et, qu'affable, M^{me} Strümpell lui dit : « Nous parlons toujours français au chien... c'est une langue si aimable. »

Peut-être avait-elle lu la *Zoologie passionnelle* de Toussenel ?

* *

Ah ! nous sommes à *Munich*, la *Biermetropole*, dont l'Université compte 6.000 élèves (2.000 pour la médecine seule). Pettenkofer transforma la ville.

L'Institut d'anatomie est une merveille. « Quand on compare une semblable installation, qui a coûté 2 millions de marks, à la plus belle de celles que nous possédons en France, on demeure complètement ahuri et bouche bée. »

Cruchet nous parle de la clinique de von Ziemssen, remplacé à sa mort par Müller, de Rieder, de Röntgen, mais — déception ! — de Kraepelin. il nous dit seulement : « La clinique de psychiatrie, dirigée par le professeur Kraepelin (que j'avais vu en 1900 à Heidelberg), est entièrement neuve. »

Mais aussi, pourquoi diable Cruchet a-t-il commencé par absorber « deux ou trois *Münchner* — excellents, ma foi — » dans le « fameux Hofbrauhaus » ?

* *

Tubingue détient un record qui nous paraît admirable en France. Cette ville de 17.000 habitants possède 1.700 étudiants, soit 1/10 de la population.

Non seulement toutes ses Facultés sont remarquables, mais encore, aux quatre Facultés classiques, elle ajoute : une Faculté de théologie catholique (en 1817), une Faculté pour les sciences politiques (1817), une Faculté pour les sciences physiques et naturelles (1863).

Quand Cruchet visita *Tubingue*, il était question d'y édifier une clinique spéciale pour les maladies des pays chauds.

* *

La Faculté de Médecine de *Fribourg* montre à Cru-

chet le gynécologue Hegar, le chirurgien Kraske, le laryngologiste Kilian.

*
* *

Enfin, il termine son voyage par *Strasbourg*, où il ne s'est jamais senti à l'aise devant les efforts odieux faits par les Allemands pour prussianifier l'Alsace.

Czerny y est professeur de clinique infantile, Freund professeur d'obstétrique et de gynécologie.

Les pages consacrées au chirurgien alsacien Jules Boeckel sont touchantes. Cruchet note la joie féroce qu'ont les Boches à laisser Boeckel dans les vieilles masures de l'Hôpital civil, d'un hôpital où opéra Sédillot, où enseignèrent Forget, Schützenberger et Hirtz, où Kœberlé fit la première ovariectomie, où étudièrent Stœber, Hecht, Herrgott, Oulmont, Feltz, Abel Bouchard, Tourdes, Straus, Mathias Duval, Kelsch, Bernheim, Gross, Lacassagne, Laveran, Lereboullet, Vaillard, etc.

Virilement, Cruchet, stigmatisant l'idiotie de nos pacifistes, conclut : « Il n'est que temps de se mettre en garde contre de nouveaux morcellements possibles... Les songes creux sont en train de s'évanouir : *demain, seuls, les actes compteront.* »

*
* *

Les actes s'accomplissent aujourd'hui.

Cruchet est médecin de régiment. Je suis médecin de bataillon. De voir les Français qui se battent, nous savons que nous reverrons la petite salle d'opérations française de Strasbourg, celle près de laquelle Boeckel, l'espoir au cœur, vient de mourir.

Et c'est sur cette note que je veux terminer l'analyse d'un livre écrit par l'un des nôtres, un médecin à l'esprit

aiguisé, à l'observation alerte, un héritier de Guy Patin, un médecin qui eut l'insigne honneur de se trouver dans un régiment au moment de la bataille de Verdun, un médecin qui a gagné la plus belle des citations médicales, la *citation au régiment*, et qui, avant la guerre, sut écrire un livre exact où les éloges sont rendus impartialement à l'organisation, aux efforts, à la persévérance, à la discipline ; mais où sont notés d'une main vigoureuse le pangermanisme fils des Universités, la brutalité, la haine dissimulée sous l'obséquiosité, l'orgueil, le besoin impulsif de manifester la force d'une armée qui se brise aujourd'hui contre les poitrines de nos braves, de nos chers poilus.

23 avril 1916.

D^r PAUL VOIVENEL.

211^e régiment d'infanterie.

Le professeur Gilbert Ballet (1853-1916).

Les années douloureuses que nous traversons ont voulu que je proroge mes fonctions de chef de clinique auprès du professeur Gilbert Ballet. Son service réduit à sa plus simple expression m'a permis de vivre un peu plus dans l'intimité du Maître et d'apprécier dans nos rapports quotidiens la haute conception qu'il avait de la dignité professionnelle ; de profiter plus étroitement de la clarté de son enseignement dégagé de tout appareil.

L'œuvre de ce grand aliéniste disparu est connue de tous, des voix autorisées ont retracé sa brillante carrière. D'une façon générale, le souci de préciser et de rendre nets les problèmes qu'il proposait à ses études, donne à tous ses écrits ce caractère particulièrement apprécia-

ble de planer au-dessus de toutes les contingences, de voir en toutes choses le point important. Il s'appliquait à éclaircir les données de la clinique et des renseignements fournis par le laboratoire pour mieux classer les maladies et pour rattacher aux causes communes les faits d'apparence dissemblable.

C'est ainsi qu'il se demandait souvent si les états intermittents, si fréquemment observés aux cours des psychoses, n'étaient point des variations de la psychose intermittente ; variations que leur forme, leur intensité, la durée anormale de leurs périodes auraient démarquées.

Sa clairvoyance l'avait amené à se faire, avec Fournier, un des premiers et brillants défenseurs de l'origine syphilitique de la paralysie générale, et il avait chargé ses élèves de publier des travaux sur la descendance des paralytiques généraux où il apparaît que la syphilis est transmise, mais que les enfants de ces malades ne se comportent point comme des descendants d'aliénés.

Le livre qu'il a publié sur *le Langage intérieur*, est une fine étude psychologique, où chaque détail a été ciselé par de multiples observations et par une étude savamment conduite des phénomènes qui se passent en nous.

Dans ces derniers temps, partout où sa parole séduisante pouvait utilement être écoutée, il a exposé ses idées sur la revision de la loi de 1838, cherchant à concilier les intérêts du malade et les droits de la société à être protégée sans délai des aliénés à réactions dangereuses. Avec Régis, il a insisté de la façon la plus efficace pour que soient créés dans les hôpitaux des services de délirants destinés à donner abri et soins aux malades difficiles à garder dans les salles communes et qui cependant ne sont point justiciables de l'internement.

Avec son élève Rose, il a isolé et décrit une affection spastique bulbo-spinale ; avec le D^r Enriquez, il a insti-

tué chez le chien des expériences d'hyperthyroïdation, dont les résultats communiqués en 1895 au Congrès de Bordeaux, ont rendu classique et fécond le traitement du goitre exophtalmique par le sérum éthyroïdé.

Son érudition, la curiosité de son esprit, sa documentation historique, l'ont amené à s'occuper des détails de l'histoire de Marie Leczinska, de Léonard de Vinci, à propos duquel il a critiqué les hypothèses émises sur l'écriture à l'envers en montrant que telle était l'écriture spontanée des ganchers. Ses études favorites sur la psychologie des hallucinations dont le malade, ignorant les premiers termes, est amené à considérer le dernier terme comme n'émanant plus de lui, lui ont fait entreprendre l'étude du visionnaire Suédois Swedenborg, mystique, halluciné croyant, doté de grands moyens intellectuels.

Mais il appartient à un de ses élèves de dire ce qu'était Gilbert Ballet dans son service, ce que ceux qui avaient la bonne fortune de travailler avec lui pouvaient apprendre de ce grand clinicien et aimer en lui.

D'un abord affable encore qu'un peu distant, de belle allure, de grande dignité professorale, il aimait cependant à causer avec ses élèves auxquels il prodiguait familièrement ses conseils. Les causeries du matin avaient souvent trait à la conception métaphysique de la responsabilité que l'on demande aux aliénistes de doser. Il avait exposé ses idées au Congrès de Genève-Lansanne, 1907. « Le médecin, disait-il, doit rester sur le terrain médical en posant un diagnostic et en formulant un pronostic. Il n'est pas armé pour résoudre le problème philosophique de la responsabilité et des atténuations qu'elle peut avoir à subir ; il doit apprécier si les actes qui sont reprochés au délinquant ou au criminel sont le fait de son état morbide ; on peut éclairer aussi l'opinion des magistrats sans avoir recours à ce

mot de responsable, de demi-responsable, de fou ou de demi-fou dont nous ne saurions justifier l'emploi. »

Il aimait à faire naître l'occasion de parler du fléau alcoolique, que son éloquence s'est si souvent employée à combattre, et lorsqu'il voyait une fois de plus un alcoolique entrer dans son service, il déplorait que les pouvoirs publics ne mettent pas plus d'énergie à contrarier la vente de l'alcool qui amoindrit cette belle race française à laquelle il était si fier d'appartenir par toute sa famille, par sa naissance, par ses goûts, par la forme et le génie de son esprit.

Le souci du bien-être à donner aux malades confiés à ses soins, est une des belles pages de l'œuvre de Gilbert Ballet. Lorsqu'on lui rendait compte que pour des aliénés agités ou violents on avait dû recourir à quelque moyen de contention, sa figure se rembrunissait. Il allait voir le malade et élargissant son geste et désignant l'espace, il avait coutume de dire : « Je voudrais disposer de grands emplacements pour que tous ces agités puissent librement dépenser leur force, sans contrainte et sans entraves ; leurs périodes d'agitation passeraient plus rapidement, et toutes les complications leur seraient évitées. »

* *

La clarté de son esprit, son souci de la concision dans l'exposé des questions, la langue pure et châtiée qu'il tenait à parler, la facilité avec laquelle lui venait le mot juste, faisaient de lui un orateur dont la parole devenait bientôt captivante et persuasive. Souvent le ton s'élevait, un geste sobre soulignait la phrase et l'éloquence naturelle et érudite de Gilbert Ballet se donnait libre cours. On aurait aimé à voir ce beau talent de parole au service de grandes causes devant des auditoires moins limités ; on avait la sensation, lorsqu'il

prenait la parole dans un Congrès, que la question, ballottée par tous les avis divers, déchiquetée par les incidentes, allait être précisée et ramenée au but, et que toutes les opinions émises seraient à la faveur d'une habile mise au point, utilisées pour le plus grand bien de la discussion.

Cette recherche de la précision scientifique le faisait s'élever avec force contre les termes commodes et vagues dont la rédaction des certificats est souvent ornée, et ses questions se faisaient embarrassantes lorsqu'il demandait à ses élèves de justifier l'emploi de telle ou telle locution à laquelle il semblait que l'usage ait donné force de loi.

*
* *

Les qualités intellectuelles et riches de Gilbert Ballet lui ont permis d'accomplir brillamment une carrière dont il a gravi avec aisance tous les échelons. Externe, interne, chef de clinique, médecin des hôpitaux, agrégé, professeur, membre de l'Académie de Médecine, il a su faire profiter ses collègues de la justesse de ses vues et de son bon sens qui savait se plier à toutes les exigences de la clinique. Son grand *Traité des maladies mentales* devait être réédité ; il avait, à chacun de nous, assigné sa tâche ; les chapitres écrits demeurent dans les cartons ; il est triste de penser que quelle que soit leur destinée, la critique bienveillante du Maître leur manquera désormais.

*
* *

Ses dernières études ont porté sur la psychose hallucinatoire. « C'est l'impression profonde de leur dépersonnalisation qui fait dire à ces malades qu'on vole leur pensée. Ils traduisent obscurément leurs sensations imprécises et diffuses ; l'impression de leur délire tra-

duit mal la profonde perturbation de toute leur sensibilité; c'est par artifice que nous clarifions leurs récits; quel qu'en soit le thème délirant, la psychose hallucinatoire est une maladie de la sensibilité. »

* *

Lorsque Gilbert Ballet sut qu'il allait mourir, il eut la préoccupation de cacher aux siens la certitude qu'il avait acquise. Son allure habituellement indifférente, garda devant la mort qui venait, le même caractère qui se mna en grandeur et en dignité. Aux heures d'angoisse, pas une plainte ne s'exhala de ses lèvres; il goûta jusqu'au dernier moment, la douce joie d'être entouré des siens; sa pensée, oublieuse de soi-même, allait à ceux qui tombent aux frontières, frappés des balles; comme toute sa vie, sa fin fut calme et simple. Que sa mère si éprouvée, que M^{me} Gilbert Ballet, que M^{me} Glénard, que son cher fils Jacques et notre excellent confrère Victor Ballet, sachent que leur chagrin n'est pas sans écho et que les larmes des élèves qui ont aimé Gilbert Ballet ont coulé en même temps que les leurs.

11 avril 1916.

ANDRÉ COLLIN.

Psychologie

DE LA VOLONTÉ

Par le Dr A. RÉMOND (de Metz),

Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

Suite et fin (1).

Les conditions anatomo-pathologiques et la physiologie morbide des processus psychiques sont encore mal connues. Les organes qui président aux opérations de sensibilité et d'action auxquelles, dans le précédent paragraphe, nous venons de faire allusion, sont difficilement accessibles à notre investigation. Les quelques clartés que l'on possède sur les rapports de ce que l'on appelle l'esprit, avec la distribution géographique des diverses zones cérébrales, reposent sur des faits où l'énormité du dommage dépasse de beaucoup le seuil des conditions nécessaires et suffisantes pour qu'il y ait lésion cellulaire. Et c'est cependant dans ce seul domaine des altérations cellulaires les plus légères que se trouve la clef réelle des troubles de la sensibilité auxquels se ramènent en fin de compte les altérations de la volonté. Nous savons quel est, sur la cellule nerveuse, le rôle de certains poisons exogènes, organiques ou non, tels que la tétanotoxine, l'alcool, etc. Nous connaissons l'effet

(1) Voir les *Annales* d'avril 1916.

des destructions massives auxquelles président certaines infections, telles que la syphilis ou la tuberculose. Nous pouvons donc, par analogie, déduire le rôle de ces mêmes facteurs sur les processus les plus délicats de la vie cellulaire nerveuse ; mais néanmoins, et même dans le cas où la lésion et le trouble psychique, sensitif ou moteur, se rattachent par les liens les plus étroits en apparence et les plus directs, combien de facteurs nous échappent encore ! Nous savons par exemple quelle est l'importance de l'hérédité et nous évaluons d'une façon grossière les modifications dans le développement infantile auxquels préside la syphilis ; mais quand il s'agit des dysgénésies hormoniques qui se trouvent probablement à la base de certaines diathèses comme l'arthritisme, à combien d'obscurités ne nous heurtons-nous pas !

Et cependant ce sont ces facteurs, ces conditions humorales, comme disaient les anciens, qui jouent le rôle le plus important dans la genèse des états mentaux pathologiques dont l'analyse nous intéresse maintenant. Parmi les femmes par exemple, les unes seront à chacun des grands drames sexuels de la vie, la proie de phénomènes morbides, dont les équivalents, atténués au minimum, se devineront cependant au cours de l'existence des plus normales d'entre elles, tandis que d'autres ne cesseront de subir, au cours des mêmes événements, les plus simples en apparence, de profondes atteintes qui en feront de perpétuelles malades. Le rôle des sécrétions internes de l'ovaire, la réaction véritablement anaphylactique que ces sécrétions déterminent avec une importance excessivement variable de l'une à l'autre, sera lui-même conditionné par la perturbation, acquise ou héréditaire, d'autres éléments hormoniques. Ceux-ci restent obscurs, ou ne peuvent que difficilement être entrevus. Toujours est-il qu'il résultera d'un phénomène

physiologique inéluctable des modifications profondes de l'affectivité, de la façon de sentir, du vouloir par conséquent.

D'autres exemples nous permettent également de juger de l'importance de cet équilibre hormonal. Les troubles des fonctions thyroïdiennes sont peut-être de tous les mieux connus. L'euphorie générale, le besoin d'activité, l'excitation contumière du basedowisme, la somnolence indifférente du crétinisme, la modification de ces états sous l'influence directe des actions correctrices de l'insuffisance ou de la déviation de la sécrétion thyroïdienne interne, constituent de véritables expériences de laboratoire sur le rôle psychologique de certaines sécrétions cellulaires. Ici encore c'est l'affectivité, la façon de sentir qui se modifie, augmente, se perd, se dénature ou se rétablit, sous l'influence d'une sécrétion dont les réactions seules nous permettent de comprendre l'importance quant à la vie psychique.

Ce qui se trouve modifié dans ces cas de déséquilibre parti de l'ovaire ou de la thyroïde, c'est la composition des liquides dont la circulation baigne la cellule nerveuse, et s'il nous est impossible de préciser la nature chimique des altérations qui se produisent au cours des deux exemples que nous venons de citer, d'autres faits qui ne sont plus simples qu'en apparence, nous permettent de saisir la valeur des modifications sanguines. L'action euphorique de l'alcool, de la morphine, l'inappétence à l'effort et à la pensée, comme disait Lasègue des diabétiques, l'asthénie des affections surrénales, sont autant de données qui complètent nos notions sur le rôle psycho-modificateur des dyscrasies sanguines.

Parmi tous ces faits, il n'en est aucun qui ne se traduise par une modification dans la façon de sentir les phénomènes extérieurs, par un trouble de la sensibilité. Ce trouble peut être léger et passerait inaperçu s'il

n'était violemment mis en évidence dans certains cas où l'altération brusque de l'équilibre liquidien déterminé primitivement par un choc, entraîne une perturbation rapide dans les sécrétions internes et secondairement un état spécial, l'émotion, qui peut avoir pour conséquences ultérieures une perturbation profonde de la sensibilité et de la conscience, perturbation qui n'est autre chose que l'hystérie. Les agents provocateurs de cette dernière endo ou exotoxique, d'action lente ou brutale, mettent en évidence, en les exagérant, les modifications de la sensibilité, auxquelles nous venons de faire allusion. Et si nous ajoutons qu'il faut, pour l'intelligence de ces accidents, faire intervenir la notion de terrain, c'est-à-dire les dysfonctions antérieures, nous ne ferons que montrer plus nettement combien le problème est complexe et combien il ne nous est accessible que par de rares déchirures du voile dont il se couvre.

La physiologie pathologique de la volonté que nous voulons analyser ne reposera donc sur aucune donnée d'ensemble et surtout sur aucune précision directe. Mais il est dans le propre de l'esprit humain, sinon d'induire, ce qui serait ne faire appel qu'à des acquisitions antérieures dont l'origine serait assez lointaine pour échapper à la mémoire, au moins de déduire. Rapprochant les faits, les éclairant les uns par les autres, défendant certaines hypothèses à cause de la vérification déjà acquise des hypothèses semblables, nous pouvons constituer un faisceau d'éléments d'une puissance suffisante pour en tirer, sinon une certitude, du moins une valeur approchée de la vérité probable. Que cette vérité doive toujours rester dans le domaine des acquisitions futures de l'esprit, n'est point d'ailleurs pour nous étonner, puisque l'imperfection de nos moyens d'analyses est faite des conditions normales de notre activité.

Ce que nous avons dit des phénomènes, grâce aux-

quels se produit normalement l'état de volonté, demande à être vérifié à l'aide de ce que nous avons observé en pathologie mentale. Celle-ci, science de pure clinique jusqu'aux époques les plus voisines, n'a fait que très récemment appel aux quelques notions de pathologie générale auxquelles nous venons de faire une allusion rapide; telle qu'elle est construite aujourd'hui, et en laissant de côté une phraséologie dont l'élégance des termes ne fait souvent que marquer l'absence de notions précises, elle peut nous être d'un secours précieux, si nous constatons que les affections dans lesquelles la volonté semble être atteinte, et que les conditions où ces atteintes se produisent se caractérisent par des modifications pathologiques des différentes fonctions que nous avons fait intervenir dans la constitution de cet état psychique que nous appelons le vouloir.

La première condition pour vouloir est de sentir. L'enfant ne veut pas, il sent. Il différencie ses sensations par le caractère d'agréables ou de pénibles, et ce n'est que peu à peu qu'il sollicite le retour des premières par une intervention où la représentation joue le rôle déterminant vis-à-vis de l'acte. Lorsqu'il se produit un arrêt de développement, chez l'idiot, le mécanisme cérébral ne quitte pas ce stade de sensibilité pure, l'association des idées est réduite à un mécanisme tout à fait rudimentaire, où la sensation immédiate joue seule ou presque seule un rôle actif. Nous disons presque, car il se produit toujours quelques représentations d'ordre somatique qui interviennent dans la détermination. Celle-ci est soudaine, elle est brutale et devient facilement violente parce qu'elle prend facilement le caractère du réflexe. La faim, le besoin sexuel, la terreur, provoquent chez l'idiot des réactions d'autant plus intenses que la conscience n'étant pas ouverte, ou ne fonctionnant pour ainsi dire que dans des conditions

liminales, rien ne vient s'opposer au geste qui libérera le subconscient de la perturbation apportée à son équilibre moyen par la sensation qui s'impose. Chez l'enfant, non encore sorti du stade où le psychisme se résume dans la sensibilité seule, chez l'idiot, l'insuffisance du développement dans le domaine cérébral donne aux actes, cris chez l'un, gestes et cris chez l'autre, une valeur réactionnelle très simple, et que l'on ne peut analyser utilement que pour les rapprocher de certains cas particuliers pathologiques que nous retrouverons plus tard.

Dans l'ordre des faits qui se rattachent à la pathologie mentale, il serait nécessaire, pour pouvoir analyser utilement l'influence des divers syndromes sur le vouloir, de mieux connaître les états anatomo-pathologiques sur lesquels reposent les altérations en plus ou en moins des fonctions psychiques. Si nous ne pouvons rien établir qui soit comparable aux notions que nous possédons par exemple sur les fonctions de la cellule hépatique et les déviations de ces fonctions, nous possédons cependant quelques indications qui peuvent être précieuses et dont les états mentaux temporairement anormaux, nous permettent de présumer les conditions. De l'étude expérimentale de l'action de l'alcool, du malonytril, du poison tétanique sur le système nerveux, nous pouvons conclure avec certitude que certaines affections cellulaires sont à la fois graves et curables et nous pouvons rapprocher ces notions de laboratoire, des phénomènes cliniques que nous observons dans les cas de dépression et d'excitation qui constituent la mélancolie et la manie. Chez les malades qui sont atteints de ces affections, les troubles de la volonté sont particulièrement nets ; ces troubles présentent au point de vue spécial qui nous intéresse, une valeur d'autant plus grande qu'ils sont non seulement profonds, et prolongés

mais curables, et que comme tels ils conditionnent des phénomènes de mémoire précieux pour l'analyse.

Ces états de manie et de mélancolie, traduisent au dehors des insuffisances cellulaires aiguës. Celles-ci sont anatomiquement comparables aux altérations cellulaires qui se produisent au cours de certaines infections, telle la paralysie infantile, et ne laissent de traces indélébiles que sur un petit nombre d'entre elles. On peut par comparaison en faire des polyoencéphalites. Elles sont conditionnées par des phénomènes toxiques généraux. Nous employons le terme toxique dans son sens le plus large, y englobant toute substance nocive, exogène ou endogène qui peut être charriée par le torrent sanguin. Il n'y a ni mélancolie ni manie, sans modification profonde de l'équilibre humoral et ce sont des états entièrement distincts, physiologiquement et anatomiquement: ceci pour affirmer une fois de plus l'inanité de la thèse kraepelinienne de la maladie maniaco-dépressive. La faculté de vouloir sera modifiée dans l'un et l'autre cas et effectivement annulée par un mécanisme propre à chacun des processus; ces deux processus restent tout à fait indépendants l'un par rapport à l'autre. Les réactions psychiques propres aux affections thyroïdiennes nous permettent de donner une preuve anatomo-pathologique de ce que nous pensons sur la nature des états mentaux d'excitation et de dépression. La cachexie strumiprive, par suppression fonctionnelle de la thyroïdienne, est une véritable mélancolie chronique, l'excitation générale des basedowiens représente réellement une manie thyroïdienne, avec la lenteur et l'inertie des déterminations volontaires dans la première, et l'instabilité et la mobilité de ces mêmes déterminations dans la seconde. Ainsi s'opposent d'une part, le résultat d'une suppression fonctionnelle, d'autre part, les conséquences d'une modification dans le sens

d'une déviation de la fonction. Basedowisme et myxoedème résultent tous deux d'une modification hormonique précise; chacune de celles-ci détermine des altérations psychiques dont l'opposition est complète; le substratum anatomique de cette opposition n'est cependant pas constitué par des lésions diamétralement contraires. Le basedowisme n'est pas le résultat d'une hyperfonction, si le myxoedème caractérise une hypofonction; de même la mélancolie est un état hypofonctionnel et la manie est le résultat d'une fonction déviée et non d'une fonction exagérée. Les effets de ces deux états s'opposent diamétralement, leurs causes anatomiques, non. Ils peuvent se succéder mais non se confondre; l'un doit cesser pour que l'autre puisse apparaître, et ils ne peuvent, même en se succédant à un intervalle très court, constituer un état pathologique réellement univoque, pas plus qu'il n'est possible d'admettre la confusion dans un même cas du goître exophtalmique et du goître crétinisme.

La pathogénie de la mélancolie et de la manie, de l'excitation et de la dépression pour employer des termes plus généraux encore, s'éclaire ainsi progressivement; si nous ajoutons que dans la mélancolie il y a une diminution générale de toute l'activité glandulaire sécrétoire de l'organisme, que la peau, le rein, l'intestin, le foie fonctionnent au minimum, que la respiration est ralentie, l'oxygénation réduite, la circulation inactive, nous comprendrons mieux l'état cellulaire, cérébral qui se caractérise psychiquement par une excessive lenteur dans le mécanisme de l'association des idées.

Cette lenteur existe normalement quand le champ de la conscience est occupé par une représentation particulièrement puissante; une telle idée, résultat d'un événement extérieur particulièrement important

et qui est en opposition avec les instincts de conservation de l'individu ou de l'espèce, ou représente une sollicitation excessive de ces instincts, est douloureuse précisément par le frein qu'elle oppose au mécanisme d'une fonction normalement très mobile, l'association des idées. L'état de volonté est constamment déterminé par un phénomène extérieur et le sentiment de liberté, qui résulte de son mécanisme normal, comme nous l'avons vu précédemment, est diminué ou supprimé.

Dans l'état pathologique de dépression, l'arrêt du mécanisme de l'association des idées est conditionné non plus par un phénomène extérieur, mais par un état anatomo-chimique du protoplasma cellulaire qui ne permet pas aux représentations de se succéder dans le champ de la conscience. La gêne morbide qui s'oppose à la fonction normale des éléments, donne à ce qui leur reste d'activité possible, une tonalité douloureuse. De même que l'action d'un muscle fatigué est pénible, de même l'activité d'un neurone influencé par un poison endogène ne se manifeste qu'à la condition de faire mal, et cette douleur est une douleur psychique puisque la fonction de la cellule malade est une fonction psychique. Le sujet se trouve donc dans la même situation de douleur morale, d'arrêt dans le mécanisme de l'association et de tonalité douloureuse des éléments de représentation contenus dans le champ de la conscience, que le sujet menacé par le phénomène extérieur dont nous parlions tout à l'heure. La volonté ne peut plus résulter de la prédominance de tel ou tel faisceau de représentation, la sensation douloureuse qui accompagne tout phénomène de conscience est éminemment pénible, la sensation euphorique qui accompagne la détermination ne peut plus exister; la sensation de liberté disparaît par conséquent et le malade se sent

dominé par une force qui, pour tirer son origine d'un état pathologique de sa propre substance, n'en joue pas moins le rôle inhibiteur que remplirait chez un sujet sain, un danger ou un malheur imminents. La fonction cellulaire est douloureuse : tout devient douloureux. L'affectivité est diminuée, ou supprimée, ou transformée en hostilité, pour cette raison même qu'aucune sensation ne pouvant plus être agréable, tout ce qui est représentation d'ordre affectif n'est plus perçu qu'avec la même tonalité pénible que l'étaient, à l'état normal, les sensations fournies par un être ou un objet déplaisants. L'affectivité n'est pas malade, c'est l'aperception du sentiment qui est devenue pénible ; au point de vue du contenu du champ de la conscience, le résultat est le même. Mais à côté de ce trouble général de la faculté de sentir, persiste la propriété qu'ont les organes cérébraux de réagir les uns sur les autres suivant une loi à laquelle on a donné le nom de logique. La logique est à la cellule cérébrale, ce que la loi géométrique est aux éléments du cristal ; l'homme est un être logique et cette propriété oriente fatalement les conclusions nécessaires des prémisses que pose la sensibilité. Nous avons tout à l'heure, en parlant du mécanisme normal de la volonté, indiqué comment cet état résultait d'un certain nombre de phénomènes rigoureusement enchaînés. L'état de la sensibilité, qu'il s'agisse des relations avec les éléments fournis par la mémoire, par les sensations immédiates, par l'affectivité, étant tel que rien n'est qui ne soit aperçu comme une douleur, il découle logiquement de cet état de choses une idée d'indignité, de culpabilité, de damnation, etc., notion qui va à son tour empêcher toute activité volontaire, c'est-à-dire tout état de la sensibilité capable de déterminer un acte, tellement l'ensemble des aperceptions est orienté vers le non-acte.

L'inhibition que nous décrivons ainsi est, en effet, une façon de sentir à laquelle correspond un état qui ne permet à aucune autre représentation d'acquérir une valeur suffisante pour que la sensation résultant de cette dernière ait une intensité supérieure à la sensation d'obstacle (terreur, puissance hostile, etc.), qui remplit le champ de la conscience. Il y a cependant une exception ; la douleur peut devenir tellement intense qu'elle détermine un acte de libération, de fuite. Mais il faut pour que cela se produise qu'elle acquière une intensité supérieure à la sensation d'obstacle qui dominait l'ensemble du sensorium ; elle agit alors avec une brusquerie et une violence proportionnelles précisément à l'importance de l'obstacle qu'elle est parvenue à faire disparaître ; l'acte est alors soudain, violent, brutal ; c'est le raptus qui démontre par tous ses caractères l'intensité de sa cause déterminante et de la résistance que celle-ci a dû vaincre. Cette allure qui rappelle celle du mouvement réflexe, ne permet pas de l'identifier avec l'acte volontaire ordinaire. Nous voyons ainsi dans la dépression que l'état de volonté ne peut être atteint par le malade ; la diminution ou la suppression des sentiments affectifs, la dysesthésie, l'anesthésie, en un mot l'ensemble des troubles de la réceptivité, annulent plus ou moins complètement le mécanisme de l'association des idées, et la sensation complémentaire de force empêchante par laquelle se traduit cet arrêt dans le champ de la conscience supprime l'ensemble des phénomènes par lesquels nous avons montré que le sujet moral passait de l'état de sensibilité à celui de volonté. Le mélancolique ne se sent pas vouloir à cause de la masse des sensations douloureuses à laquelle il est en proie.

Chez le maniaque, l'observation clinique permet de constater également l'absence de volonté effective. Les

troubles qu'il présente sont cependant tout à fait différents de ceux auxquels le mélancolique se trouve en proie. Ces troubles ne sont pas opposables comme le seraient deux valeurs de signe opposé, tous deux sont des phénomènes pathologiques conditionnés par des causes analogues, parfois identiques, comme dans la manie et la mélancolie puerpérales. La différence de réaction tient autant au sujet qu'au facteur histochimique dont on peut invoquer l'action. Chez le maniaque existe, il est vrai, une hypersécrétion glandulaire, une hyperactivité de tous les organes qui contraste singulièrement avec l'hypofonction générale du mélancolique ; mais le maniaque ne sent pas la douleur, ne sent pas la faim, ne sent pas la fatigue surtout ; il y a donc chez lui une hypoesthésie très nette qui rappelle celle des états de dépression. Il ne sent pas, ou mieux il ne s'arrête pas à la sensation douloureuse ; plus exactement encore, la douleur ne pénètre pas dans le champ de la conscience. Il présente comme le mélancolique une orientation particulière et une limitation de la sensibilité. Les deux états sont ainsi comparables sous réserve que cette comparaison ne repose que sur une analogie très limitée. En effet, il existe chez tous deux une paresthésie : l'un est atteint d'une anesthésie douloureuse, c'est le mélancolique ; l'autre présente de l'euphorie, il est satisfait de tout ce qu'il fait ou éprouve, puis quand son état s'aggrave, sa sensibilité tend à disparaître et l'anesthésie réalisée par l'excessive accélération des processus mentaux, ne permet à la conscience d'apercevoir aucune sensation pénible. Le mélancolique est abîmé dans la douleur, le maniaque ne sent plus parce qu'il n'en a plus le temps. Ni le maniaque, ni le mélancolique ne peuvent donc plus arriver à cet état particulier de la sensibilité que nous avons montré être la condition à la fois nécessaire et suffisante

de la volition. Chez le maniaque en particulier, la sensation périphérique arrive à peine à la conscience qu'elle y est rattrapée et submergée par d'autres sensations d'origine interne ou externe ; toutes sont aperçues avec la même intensité, intensité maximale, qui empêche toute prédominance durable de la part d'aucune d'elles. A peine l'une a-t-elle été le point de départ d'une ébauche de réaction, que la suivante déclanche à son tour une réaction autre ; la mobilité des actes et leur désordre sont extrêmes ; aucun d'eux même ne peut s'accomplir d'une façon normale, l'exécution du plus simple d'entre eux demande un temps beaucoup trop considérable, par rapport à l'extrême brièveté des périodes possibles d'attention. Les instincts les plus puissants eux-mêmes ne parviennent pas à imposer leur influence, d'autant moins que le besoin, sensation douloureuse qui correspond à la non satisfaction de l'instinct, n'est pas perçu par cette sensibilité pour laquelle la douleur ne compte plus. *A fortiori*, aucun sentiment affectif ne peut occuper le champ de la conscience pendant un temps suffisant pour déterminer une réaction d'ordre quelconque. On ne peut pas dire cependant que le maniaque ne veut pas, mais il veut trop de choses à la fois ou dans un temps trop court pour que cette volonté puisse aboutir, et se constituer d'une façon suffisante pour qu'un acte puisse être accompli entièrement. A l'état hypomaniaque, le trouble sensitif moins intense permet à l'état de volonté de s'établir, mais cependant la prédominance d'une représentation nécessaire à un acte ne dure jamais assez longtemps pour que cette volonté se présente avec quelque continuité, et c'est à l'instabilité des phénomènes de conscience que se rattache la variabilité incessante des entreprises, des déterminations de l'hypomaniaque.

On voit par ce tableau combien est illusoire la doctrine qui partant de la notion du raptus mélancolique, et y voyant un acte violent et non réfléchi, avait voulu établir une identité d'état entre le désordre apparemment analogue des actes de l'excité et du déprimé. Le maniaque agit violemment et en désordre parce qu'il est débordé par le flot de ses représentations ; le mélancolique est violent parce que l'intensité de la représentation douloureuse à laquelle il obéit est telle qu'aucune représentation d'ordre contraire ne peut être aperçue. Le processus est donc essentiellement différent et le fait que le même individu peut dans les folies à double forme présenter tantôt l'une, tantôt l'autre des deux déviations pathologiques de sensibilité et secondairement de la volonté que nous venons d'analyser, ne suffit pas à établir entre les deux maladies les rapports d'identité que l'on a voulu imaginer.

Dans la manie, dans la mélancolie, le trouble sensitivo-volontaire est basé sur une altération cellulaire pour laquelle il n'est point indispensable de supposer *a priori* une fragilité particulière de la cellule. Il suffit d'une intoxication profonde, massive, pour faire éclore le syndrome. La prédisposition est fréquente ; elle n'est pas une condition inéluctable. Il n'en est plus de même des formes circulaires, folie alterne, folie à double forme. Ici la cellule présente toujours un état de susceptibilité spéciale, peut-être analogue à l'état anaphylactique, comme j'ai cherché à le mettre en évidence. (*Ann. médico-psychologiques*, 1913). La sensibilité du sujet est dans un état d'équilibre instable et une modification, même légère, de la nutrition, des sécrétions hormoniques, etc., suffit à provoquer les phénomènes morbides. La règle est que ces phénomènes soient relativement légers, qu'ils apparaissent et cessent brusquement. Pendant les périodes de manie légère ou de mé-

lancolie, la volonté devient inexistante comme dans les crises fortes des mêmes maladies envisagées comme phénomènes épisodiques. Pendant les intervalles de santé apparente, la tradition doctrinale veut que l'on considère l'état pathologique comme continu et les conclusions qui découlent de cette façon de voir sont le refus de la « *libertas judicii* » et de la capacité civile au malade ainsi atteint. Cette conception nous paraît erronée, parce que s'il est vrai que le sujet possède un système cellulaire particulièrement fragile et susceptible de réagir pathologiquement à des causes légères, dont l'existence n'est que difficilement contrôlable, du moins encore, cette fragilité n'en est pas moins compatible avec un état d'équilibre qui pour être temporaire n'en est pas moins réel. La façon d'apercevoir les sensations et les représentations, l'orientation des sentiments affectifs, tout cela sera normal pendant cette période intercalaire. Nous pensons évidemment que l'état du champ de la conscience auquel correspond la sensation de volonté, et secondairement de liberté, n'est jamais que le résultat d'une déterminante que nous subissons, mais que nous ne provoquons pas. La volonté, avons-nous indiqué dès le début de ce travail, est sentie libre, mais n'est pas libre réellement. Toutefois les notions de responsabilité et de capacité qui sont à la base de notre organisation sociale reconnaissent comme condition à la fois nécessaire et suffisante cet état particulier du sensorium. Le circulaire, dans son intervalle lucide, avec son système nerveux labile, mais équilibré, est momentanément parfaitement comparable à l'individu normal, et il n'y a aucune raison de lui refuser pendant cet intervalle la capacité qu'il perd pendant les périodes pathologiques. Le code est d'ailleurs avec nous pour préciser que l'état pathologique doit être *habituel* et il fait ainsi de la durée relative des périodes de lucidité et des périodes

d'état pathologiques une condition importante de la capacité. La question médico-légale prend ici une valeur considérable, alors qu'elle n'en avait pour ainsi dire aucune dans la manie et la mélancolie où les actes délictueux sont, soit impossibles, soit rares. Il paraît même, d'après ce que nous venons de dire des phénomènes de la circularité, qu'il faut se garder de conclure de la fréquence des états d'excitation ou de dépression à une continuité pathologique absolue.

C'est encore du point de vue des modifications de la sensibilité qu'il faut étudier les formes d'instabilité cellulaires, que l'on a classées sous le nom de neurasthénie et d'hystérie. Sous la première de ces deux dénominations viennent se ranger tous les phénomènes d'obsession, d'impulsion, de phobie, d'aboulie, etc... Tous ces phénomènes, ceux de neurasthénie comme ceux d'hystérie, sont placés en première ligne sous l'influence d'une cause profonde, qui agit non seulement sur l'individu mais encore sur l'espèce, la dégénérescence. Celle-ci peut être primitive, l'individu peut être né dans des conditions normales et la dégénérescence avoir été acquise dès les premières années de l'existence. Elle peut être héréditaire; il importe peu, quant à son action sur la vie individuelle et sur la race.

La dégénérescence peut être considérée comme le résultat de l'action sur l'individu ou sur les générateurs des causes toxiques et infectieuses endogènes ou exogènes, dont nous invoquons l'action comme agents provocateurs des insuffisances cellulaires aiguës, de la manie et de la mélancolie. Ici s'ajoute à la notion du trouble histo-chimique celle de la modification ontogénique. Le mélancolique à rechutes présente une instabilité excessive dans un équilibre qui peut cependant rester normal pendant plus ou moins longtemps; le dégénéré n'est jamais normal. Soit lui, au cours de son

développement, soit ses générateurs, ont été atteints de telle manière que, même dans les périodes d'équilibre, on est en présence d'un organisme qui ne représente qu'une valeur plus ou moins éloignée de la normale.

Sur ce terrain on voit évoluer les psychoses les plus variées ; la plus grave au point de vue de l'individu est cet arrêt total dans le développement à laquelle Delasiauve a donné le nom de *démence primitive* et sur laquelle l'école de Paris n'a consenti à fixer son attention que quand elle eut été démarquée par Kraepelin. C'est un syndrome plutôt qu'une entité morbide, dont les caractéristiques sont la disparition de toutes les associations cérébrales supérieures, la modification profonde de l'affectivité, la suppression d'un nombre plus ou moins important de représentations, l'impossibilité des acquisitions nouvelles. Le sujet est ainsi privé d'un nombre plus ou moins considérable de déterminantes ; celles qu'il reste capable d'apercevoir sont informes, ou ressortent aux besoins de la vie végétative. La volonté subit les conséquences de cette désorganisation, et il ne reste rien de comparable aux phénomènes qui la caractérisent chez un être ordinaire.

Mais la *démence primitive* ne mérite pas que notre analyse se prolonge longtemps ; qui dit *démence*, dit *perte définitive et totale* d'un certain nombre de fonctions appartenant aux domaines les plus élevés de l'individu. Le terme de *démence* est incompatible avec l'idée de retour à la normale, et il a fallu toute la déformation systématique et alambiquée du philosophe allemand pour associer à l'idée de cette forme de *déchéance* ou d'*arrêt de développement*, celle de *curabilité possible*.

Les formes de la *dégénérescence* dans lesquelles la stabilité du système nerveux est moins compromise, la *neurasthénie* et l'*hystérie*, méritent au contraire une

étude plus longue. Ces états comprennent, en effet, toute une série de manifestations morbides aux cours desquelles les malades sont incapables de présenter un état de volonté normal, et cela pour des raisons anatomo-pathologiques déjà relativement faciles à entrevoir. On peut, en effet, relever chez les neurasthéniques de nombreuses modifications de la vie endocrinienne et de la vie de nutrition. C'est à celle-ci que se rattachent les troubles si fréquents des fonctions digestives, l'absence de tonicité générale du système musculaire, les troubles vaso-moteurs, qui, à un degré divers mais d'une façon constante, accompagnent les troubles psychiques catalogués sous cette rubrique générale. Il en va de même de l'hystérie, pour laquelle la série des agents provocateurs constitue un véritable catalogue des infections, des intoxications et des traumatismes qui peuvent atteindre l'organisme de l'individu ou de ses ascendants. La distinction verbale que nous établissons ici entre le traumatisme et les autres facteurs n'est, d'ailleurs, qu'apparente. Dans la neurasthénie comme dans l'hystérie, le traumatisme intervient par les modifications brutales qu'il détermine dans les sécrétions hormoniques ; la première manifestation de ce trouble endochimique est l'émotion, qui loin d'être une cause, est le premier effet du déséquilibre, et qui, d'ailleurs, peut manquer ou ne se produire qu'un temps appréciable, après le moment où le choc traumatique, matériel ou moral, s'est produit. Entre la neurasthénie et l'hystérie, comme entre tous les cadres trop vagues dont s'est toujours momentanément encombrée la science de l'homme, les limites sont imprécises. Elles sont l'une et l'autre susceptibles d'être provoquées par les mêmes conditions d'hérédité, ou par les mêmes causes occasionnelles. Tout au plus peut-on un peu mieux les distinguer dans leur allure générale, en réservant certaines

manifestations psychomotrices et sensitivo-sensorielles au groupe hystérie, et reportant au contraire dans le cadre neurasthénie les accidents de la nutrition des glandes à sécrétions externes et de celles dont les sécrétions restent internes. Peut-être aussi les lésions qui se traduisent par l'hystérie siègent-elles primitivement dans l'écorce cérébrale, celles qui correspondent à la neurasthénie, se localisant plutôt d'abord sur les éléments du système nerveux sympathique.

Le neurasthénique est un obsédé. Cette obsession est tantôt continuelle et constituée par une crainte, souvent rattachée à l'instinct de conservation individuelle, souvent aussi à des idées extrêmement variées. Ou bien la crainte est épisodique, réveillée par la situation du malade vis-à-vis de certaines contingences extérieures, ce sont les phobies. Dans d'autres cas, la nécessité d'un geste se présente au malade et l'impossibilité de l'accomplir détermine la sensation de crainte, d'angoisse : ce sont les impulsions, les manies, etc.

Dans tous ces cas, on observe chez l'un des troubles intestinaux, de l'entérite muco-membraneuse, par exemple; chez l'autre, des phénomènes pénibles d'ordre sexuel; chez un troisième, des désordres subjectifs dans les fonctions cardiaques; un quatrième a de la céphalalgie; un autre de la rachialgie. Dans une autre série de faits, un malade rougit avec une extrême facilité et craint de rongir; un autre éprouve de l'angoisse et des palpitations s'il est seul, un autre devant un espace vide. Chez celui-ci l'obligation de prononcer un mot malsonnant devient une nécessité d'autant plus pénible que le milieu où il se trouve s'y prête moins, et il se produit une sensation d'étouffement comme si le mot était un corps étranger qu'il faille expulser. Tel autre encore court après un nombre, après un mot qu'il a perdu et éprouve une crainte extrême de ne pas le retrouver. Il n'y a

aucun intérêt à parcourir tous ces états particuliers, ce qui nous importe, c'est de retenir les dysfonctions glandulaires intestinales, testiculaires, ovariennes, hépatiques, surrénaliennes; etc. Constamment, le système nerveux sympathique intervient et l'on peut admettre que sa fonction est constamment anormale. A tous ces malades, le « bon sens » populaire oppose constamment cette idée : « Ce dont vous vous plaignez n'est rien; cela n'existerait pas si vous le vouliez. » Or, ce qui caractérise au contraire tous ces états, c'est la détermination, par les phénomènes somatiques sur lesquels le sujet ne possède aucun contrôle, mais dont il éprouve seulement les effets, d'un état de conscience anormal et douloureux. Le malade, qui se sent menacé d'un danger, d'une douleur, n'a la conscience nette des raisons qu'il aurait de ne rien craindre que pendant les courts moments où un motif de sécurité vient remplacer dans le champ de la conscience les incessants motifs de crainte auxquels il est en proie. Cette crainte domine toutes les autres représentations : les sentiments sociaux, les sentiments affectifs, les sentiments éthiques pénètrent bien dans le champ de la conscience, mais l'idée obsédante s'oppose à la facilité des associations ; plus précise que toutes les idées qui se présentent à côté d'elle, elle oriente leur tonalité et donne à leur enchaînement une direction, toujours la même. Ceci se traduit, au point de vue conscience, par un état tout à fait contraire à celui que nous avons montré être l'état dans lequel l'homme se sentait libre ; il y a, grâce aux phénomènes que nous décrivons, une sensation permanente ou intermittente et paroxystique de contrainte. Cette contrainte s'aggrave et se précise sous l'influence des accidents somatiques concomitants, que la conscience aperçoit : palpitations, anxiété précordiale, chaleurs, constriction thoracique, etc. ; le malade déterminé par

un ensemble de facteurs douloureux, sabit l'action obsédante ou impulsive qui s'impose, avec la sensation consciente qu'il obéit à une force à laquelle il ne peut résister.

Chez d'autres, l'ensemble des troubles vaso-moteurs se caractérise par l'impossibilité pour aucune représentation d'acquérir une intensité suffisante pour occuper à elle seule le champ de la conscience ; le malade est sans cesse sollicité par une idée intercurrente et son hyposthésie consciente est telle que jamais aucune sensation, aucun sentiment ne peut acquérir une valeur déterminante ; il n'arrive pas à être voulant et reste dans l'aboulie, avec une sensation générale d'impuissance, qui devient à son tour douloureuse. Cette aboulie peut être complète, ou bien le malade arrive au seuil de l'état où l'idée déterminante va acquérir une intensité et une précision suffisantes pour que l'acte en résulte, quand brusquement une association collatérale vient rompre cet équilibre ; le nombre de ces associations augmente proportionnellement à la durée du phénomène, le malade n'éprouve jamais la sensation de volonté et ne se débarrasse d'une idée empêchante que pour en rencontrer une nouvelle ; c'est l'état de doute, de scrupules, qui n'est pas un des moins douloureux ni un des moins fréquents du cadre neurasthénique. Dans tous ces cas, c'est l'enchaînement logique des phénomènes de conscience qui fait le plus nettement défaut ; l'association des idées est constamment troublée par des phénomènes de sensibilité douloureuse fournis par le subconscient, sous l'influence des altérations du grand sympathique. Le trouble qui en résulte dans la constitution de l'état de volonté rend ce dernier indépendant des représentations qui devraient se faire jour grâce aux acquisitions affectives, éthiques, etc., dues à l'éducation ou à la vie sociale antérieure. Le sujet cesse d'être adapté

à son milieu, et par conséquent, de pouvoir y remplir le rôle qui lui incombe, ou d'agir conformément aux règles de ce milieu; sa capacité d'imputation tombe par conséquent, et ce ne sont pas en médecine légale, les faits les moins troublants que ceux dans lesquels il s'agit d'apprécier le degré de la *libertas judicii* du neurasthénique.

L'hystérie se développe dans des conditions analogues à celles qui président au développement de la neurasthénie. Sa notion implique celle d'une dégénérescence, héréditaire ou acquise, peut-être plus lourde. Elle se traduit par un ensemble de symptômes qui permettent de supposer une atteinte plus spécialement localisée sur la corticalité encéphalique. Elle se caractérise principalement par des troubles de la sensibilité et de la motilité, dont le polymorphisme apparent peut se résumer schématiquement dans le fait que l'hystérique perd la faculté d'apercevoir un plus ou moins grand nombre des phénomènes de sensibilité qui entrent normalement dans le domaine habituel de la conscience. Celle-ci est pour ainsi dire rétrécie et n'aperçoit plus qu'un minimum, parfois extrêmement restreint, de sensations et de représentations (1). L'hystérique vit ainsi dans un monde extrêmement limité, et agit sous l'influence d'idées qui sont susceptibles de jouer seules et indéfiniment le rôle de déterminantes. Cet état arrive à son plus haut degré dans les conditions spéciales que représente la suggestion hypnotique; mais même à l'état de veille, la limitation du contenu du champ de la conscience est extrême. Une preuve en est donnée par la possibilité des états seconds, au cours desquels le sujet vit sans avoir aucune notion relative à sa personnalité normale, tandis qu'à l'état normal il ignore tout ce qui

(1) Voir Janet : *Etat mental des hystériques*.

a pu être dit, fait ou pensé par lui pendant la période seconde. La plupart des phénomènes de réception et d'extériorisation ne dépassent pas le subconscient, ce qui n'empêche cependant en rien leurs réactions réciproques de se produire, mais sans que le sujet en soit averti. Les actes de l'hystérique empruntent à cette diminution de l'activité consciente, une précision de détermination particulière. L'action et l'abstention, le vouloir et le non vouloir, ne sont modifiées ou rendues incertaines par aucune représentation d'ordre contraire et prennent alors un caractère de ténacité ou un caractère passionnel particulièrement marqué, qui tiennent précisément à la réduction au minimum du mécanisme de l'association des idées. En opposition avec la neurasthénie où l'assaut des phénomènes fournis par le subconscient trouble sans cesse ou empêche l'état de volonté de s'établir, la volonté de l'hystérique s'établit et se manifeste sans que des déterminantes intercurrentes puissent modifier la série de ces manifestations. Les actes prennent ainsi un caractère de fatalité qui exclut à son tour toute adaptation réactionnelle au milieu, toute intervention modificatrice des déterminantes d'ordre social ou moral, et ici encore la capacité d'imputation tombe.

Dans les états neurasthéniques comme dans les états hystériques, la tare constitutionnelle du sujet ne lui permet jamais d'être tout à fait normal. Cependant, il existe des intervalles de diminution suffisante des phénomènes pathologiques pour que l'on puisse considérer l'existence d'intervalles ou de périodes lucides pratiquement parlant, sous cette réserve que, tandis que dans les intervalles de folie intermittente, on peut admettre que l'équilibre cellulaire normal correspond à une réactivité non moins normale du sujet, le caractère dégénératif des états dont nous venons de nous occuper rend sans

cesse suspectes toutes les manifestations de leur activité.

Toutes ces anomalies de la qualité des phénomènes volontaires chez les malades reposent sur des modifications de la sensibilité et comportent des périodes d'extériorisation anormale qui se superposent exactement aux troubles de la réceptivité. L'importance de perturbations sensitivo-sensorielles d'ordre somatique et d'ordre représentatif s'accroît notablement dans la manifestation de la dégénérescence à laquelle on a donné le nom de folie systématique, délire de persécution, paranoïa. Ici la dégénérescence pèse lourdement sur le malade, le trouble de la sensibilité est profond, le malade perçoit une série de phénomènes inexistants; ils ne permettent aux données que le sujet reçoit du monde extérieur d'entrer dans le champ de la conscience qu'après avoir subi une déformation particulière; hallucinations et interprétations jouent sur la paranoïque un rôle tellement important que sa personnalité primitive, résultat de ses rapports avec le monde extérieur, alors que la maladie n'avait pas encore commencé, se transforme et devient autre à partir du moment où les troubles de la réceptivité ont commencé à le faire vivre dans un milieu artificiel. Rien mieux que la paranoïa ne montre à quel point l'individu est fonction de la sensibilité.

Dans ce monde de rêve, au milieu de cette modification profonde des liens qui unissent l'individu à son entourage, la volonté reste normale. Seulement, les sensations et les représentations qui concourent à l'établir et qui jouent le rôle de déterminantes sont fausses. Le malade vit logiquement dans un monde sans réalité. La sensibilité qui fournit les éléments nécessaires aux fonctions d'idéation n'apporte que des données sans valeur correspondante au dehors, ou déformée par l'état pathologique de l'appareil récepteur. Les éléments des représentations, résidus des sensations extérieures, sont

également sans rapport exact avec la réalité objective. Mais dans le champ de la conscience, l'association des idées fonctionnent normalement, la lésion est pour ainsi dire située entre la conscience et le monde extérieur, et les déterminations du sujet se constituent dans les mêmes conditions que celles d'un sujet normal qui serait réellement placé vis-à-vis des circonstances que le malade croit être réelles. A cette volonté, dont le mécanisme est resté normal, mais dont les bases sensibles sont altérées, ne peut à aucun moment s'appliquer la loi commune, et le malade qui devient peu à peu une personne nouvelle étrangère à sa personne primitive ne peut plus être admis à jouer aucun rôle, ni être soumis à aucune règle d'ordre social.

Nous avons ainsi passé en revue les principaux faits d'ordre pathologique, qui constituent d'une façon générale la division de la psychiatrie, et nous avons vu que chaque fois qu'il pouvait être question d'une altération de la volonté, le point de départ des troubles que l'on constatait dans cette fonction, se trouvait être une modification pathologique de la conscience. C'est dans l'intimité du mécanisme sur lequel repose l'aperception des faits de sensibilité actuelle, et, de ceux qui, relevant des perceptions anciennes, sont fournis par la mémoire, et constituent les représentations, que se localise la lésion. Cette localisation, incertaine au point de vue topographique, nous apparaît cependant comme un phénomène nettement anatomique, puisque nous voyons les accidents qui caractérisent les lésions de cet « organe », dépendre des causes physiques et chimiques que nous savons être les facteurs suffisants et nécessaires de toute lésion cellulaire. L'organe lui-même, formé de systèmes d'association et de groupements cellulaires dont l'évolution est lente et dont la constitution n'est définitive qu'à une époque déjà avancée de la vie, présente une fragi-

lité en harmonie avec la qualité de ses fonctions. Normal, il permet à la conscience d'apercevoir l'action déterminante de l'excitation la plus forte et à l'état de volonté de se constituer. Anomal, sous l'influence d'une cause passagère ou d'un état pathologique plus ou moins durable, il ne présente plus les conditions nécessaires à l'établissement de cet équilibre spécial. Nous en arrivons ainsi, au point de vue des états morbides comme à celui de l'état normal, à la conception d'un substratum cellulaire, anatomique, dont dépend la fonction à laquelle on a voulu rattacher la notion de la liberté humaine. Celle-ci est sentie par nous, mais elle n'existe pas en dehors des énergies que nous fournit le monde extérieur dont nous sommes fonction intégrale. L'homme n'est pas libre; il croit l'être parce qu'il le sent. Qu'importe, puisqu'il n'est rien dans sa connaissance qui ne soit venu de sa sensibilité, et que ses illusions suffisent à lui meubler l'Infini.

Pathologie.

ÉTUDE

SUR

CERTAINS CAS DE NEURASTHÉNIE

ET, A LEUR PROPOS

SUR CERTAINS ÉTATS PSYCHOLOGIQUES
OBSERVÉS SUR LA LIGNE DE FEU

Par le Dr André GILLES

Interne des asiles de la Seine,
Médecin aide-major au 29^e régiment d'infanterie.

Suite et fin (1).

III

Tous ces symptômes imposent ainsi le diagnostic de dépression physique et morale. Mais ce qui reste discutable, c'est la valeur objective et la portée médico-militaire du cas.

A mesure que son malaise physique et moral s'affirme — nous avons en général à faire à des intellectuels — l'*auto-analyse* vient fixer davantage le sujet dans son mal, celui-ci s'accroissant en gravité à mesure qu'il prend conscience de son état. Ceci va apporter un élément subjectif qui entretient, lorsqu'il ne les crée pas, certains des signes objectifs.

(1) Voir les *Annales* d'avril 1916.

Et ceci est bien gênant. L'esquisse que nous venons de faire des troubles nerveux et moraux éprouvés traduit certes un état de dépression malade ; mais les causes qu'ils accusent sont des misères communes à tous ceux qui partagent leur sort. Nervosisme douloureux, insomnie, céphalée tenace, ennui obsédant, sont le lot quotidien de ceux qui vivent sur la ligne de feu. Le malaise qu'il crée cède aux efforts d'une énergie moyenne. A quel moment mérite-t-il donc d'être envisagé comme un état critique tel qu'il légitime une évacuation ? La responsabilité de cette acuité du nervosisme, de la fréquence des accès pénibles, de l'obsession déprimante, n'est-elle pas enconrue par l'*autosuggestion* ? C'est ce qu'il importe, au point de vue médico-militaire, de démêler pour juger et sanctionner le cas envisagé.

Or le malade, de lui-même, vient ajouter à son trouble moral l'effet néfaste d'une *idée obsédante* et c'est presque toujours celle d'évacuation. Elle est de celles qui préviennent le médecin contre le malade et le fait le plus hésiter. En effet, se faire évacuer, le malade ne voit en général pas d'autre solution à son mal. Nuit et jour, il ressasse les moyens d'y parvenir. L'*idée d'évacuation* devient le *leitmotiv* de ses préoccupations. Les obstacles qu'il voit à sa réalisation ajoutent encore à son excitation et à son inquiétude. Elle finit par devenir le pivot de son agitation et de sa mélancolie.

Ainsi, lorsque le sujet de notre étude vient nous trouver, nous avons affaire à un malade, certes qui souffre et physiquement et moralement, mais lorsqu'il nous expose les raisons de sa souffrance morale, que d'apparences subjectives ne prend-elle pas !

Il y a ample matière à discussion. Il est difficile de donner un nom précis à son mal : surmenage, dépression, excitabilité nerveuse, neurasthénie, mélancolie, ou

bien simplement lassitude banale, défaillance, « éva-
cuée »? Nous sommes là à la limite d'un état à la fois
psychique et organique, où les troubles organiques d'une
part et psychiques de l'autre, ne sont pas suffisants
pour relever de la pathologie ou nerveuse ou mentale,
mais dont l'ensemble, c'est indéniable, arrive à former
un complexe vague, diffus, mais évidemment pénible
et morbide. Aucun symptôme pris isolément n'est peut-
être digne de fixer l'attention dans un moment où on ne
peut prendre en considération l'individu et son malaise,
mais seulement la maladie assez sérieuse pour justifier
la mise hors de combat d'une unité. Cependant nous
voyons cet ensemble arriver à abattre la résistance du
patient, à diminuer ses capacités combattives. Quand
peut-on admettre qu'il est arrivé à la limite de sa résis-
tance? Quand devient-il incapable de servir? Quelle est
la valeur pathologique des signes accusés? Seule une
analyse de la genèse psychologique des cas, qui puisse
établir un trouble involontaire et fonctionnel de l'état
mental, peut éclairer le diagnostic.

Voici quelqu'un qui vient vous dire qu'il s'ennuie,
que ses nerfs sont à bout. « Eh là! Mais que voilà, en
guerre, des choses qui importent peu. » — Voici quelqu'un
qui vous dit que le bruit du canon l'affole, qu'il en perd
l'appétit et le sommeil, que l'émotion fait bondir dou-
loureusement son cœur. — Voilà, somme toute, une
description classique des manifestations de la peur. —
A-t-on donc en guerre le droit d'avoir peur? — Non, et
pourtant si, lorsque cette peur est l'effet d'une panique
nerveuse, un accident, imputable à l'état morbide qui
échappe au contrôle normal de notre volonté. Serions-
nous donc dans ce cas?

a) La qualité des sujets observés, leur passé dans les
combats précédents, nous permet d'écarter la possibilité
d'une malformation essentielle telle que la lâcheté.

Là, la peur réfléchie et calculée dicte au *minus habens* du courage une autre attitude. Il n'a d'ailleurs pas attendu six mois de guerre pour flancher. L'épreuve des combats nous a fixé : au feu, nous l'aurons vu ou se terrer ou fuir. Depuis longtemps il aura cherché à s'embusquer. S'il a tenté, pour ce faire, d'avoir recours au stratagème qui prendra le médecin, il n'ira pas chercher un malaise aussi vague et d'une complexité aussi confuse que celui que nous décrivons. Il est difficile de l'inventer à qui ne l'a pas éprouvé. Pour satisfaire son vice, le lâche se contente en général, c'est plus simple et plus certain, de faire revivre d'anciennes douleurs. Il est plus ou moins atteint, comme tout le monde, d'une infirmité chronique, il s'en paie une crise fictive, insistant sur les signes où il sait que le contrôle médical est le plus difficile. Ceux-là, le médecin du régiment a appris à les connaître, l'expérience du feu a fixé son opinion à leur égard. La peur morale, chronique, se différencie aisément de la panique nerveuse, émotionnelle. Celle-ci n'est qu'un accident.

b) Ce point établi, n'y a-t-il pas cependant exagération et partant défaillance? Le contrôle, la répression du trouble, étaient-ils possibles par un simple effet de la volonté? Mais, celle-ci, dans le cas de dépression étudié, n'a-t-elle pas perdu de son intégrité? L'analyse pathogénique de l'état mental va nous montrer la part de détermination et de l'aboulie et de l'émotivité.

IV

A. — L'ABOULIE.

Elle est impliquée dans la *diminution du tonus intellectuel* révélée par nos malades. Celle-ci comporte en effet solidairement l'affaiblissement de la volonté et du tonus moral.

Cette aboulie est liée à la fatigue causée par l'*insomnie*, la cause de cette dernière serait-elle non seulement nerveuse, mais idéative. Elle est liée aussi à l'affaiblissement causé par l'*intoxication*.

L'intoxication est digestive, créée par l'abus du régime carné. Mais le bulbe aussi est atteint par l'*alcool*, le *tabac*.

a) La rareté du légume frais, même du légume en général dans le ravitaillement, impose un régime fait de viandes et d'aliments azotés. Ceux-ci de bonne qualité d'ailleurs, mais l'inaction entraînant l'ennui, on est tenté de faire durer le repas pour tuer le temps, et on mange trop.

b) Si l'alcoolique a subi une cure obligatoire d'abstinence, dont nous avons pu constater les bienfaits, l'alcool filtre cependant en contrebande, en minime quantité, mais suffisante pour autoriser le petit verre après chaque repas. Or, beaucoup qui ne buvaient que de l'eau avant la guerre, se sont mis à cet usage. L'alcoolique et l'abstiné, du fait des habitudes de la vie en campagne, ont ainsi confondu leur régime en un moyen terme où, si l'un s'est notablement amélioré, l'autre s'est légèrement corsé. Tout le monde aussi s'est mis au vin, son faible degré peut cependant suffire à intoxiquer un inaccoutumé. De plus, le désœuvrement de la tranchée, l'entraînement par le voisin, pousse à une consommation considérable de tabac. Aux armées, on fume presque nuit et jour.

c) Tremblement, palpitations, obnubilation intellectuelle, amnésie, céphalée, évidemment tous ces malaises sont tenus en germe dans l'intoxication éthylique et le tabagisme. Mais ils ne nous semblent pas suffisants. Si la part de l'intoxication est indéniable dans les cas envisagés, l'examen nous montre qu'elle est réduite à des effets légers. La vie au grand air brûle l'excédent des déchets.

Les fonctions digestives normales chez tous et dont le trouble est inconstant ou très atténué chez nos déprimés montre que l'économie physiologique des habitants du front ne souffre pas trop de ces excès.

L'aboulie, la faiblesse cérébrale, pourraient découler de certains contre-coups de la chasteté, mais ceci sort des limites possibles de notre enquête.

Nous pouvons donc admettre que nos malades ont notablement perdu de la vigueur de leur contrôle moral. Et ceci, alors que — nous allons le voir — un trouble profond de leur vie mentale tend à soumettre leur esprit au seul régime de l'émotion.

B. — L'ÉMOTIVITÉ.

Dans cette vie, que nous impose la guerre, de privations intellectuelles et affectives, de risques et de deuils, le bien-être moral n'est fatalement qu'un artifice de notre volonté. Là où il suffisait autrefois de qualités spontanées, il faut aujourd'hui des vertus, c'est-à-dire des forces acquises, raisonnées, voulues. La bravoure fongueuse, enflammée au souffle ardent de l'action, n'est plus suffisante dans l'interminable garde à la tranchée. Il faut un effort calme et constant, un effort réfléchi qui vous enseigne l'endurance, la ténacité, un courage fait de sang-froid et de patience, de raison lucide à la fois que d'espoir invincible. L'envol enthousiaste peut nous galvaniser un instant, mais l'excès même de sa tension l'empêche de durer et engendre pour les lendemains l'abattement et le découragement.

Pour maintenir sa sénérité, il faut une attention réfléchie de l'énergie, toujours capable de faire un choix qui rejette le sentiment pénible et refuse aux perceptions tristes et aux émotions le temps de s'imposer suffisamment à notre conscience pour ébranler notre éner-

gie. Ce refoulement précipité, dans notre subconscient, des perceptions et des sentiments actuels, parfois volontaire, n'est souvent heureusement que la réaction instinctive de l'esprit qui pressent le péril à les accepter. N'empêche que l'aliment psychologique que nous fournit le milieu est de nature inquiète, triste, déprimante. Nous ne voulons pas les voir, ces inquiétudes et ces tristesses, mais est-ce à dire que nous ne les sentons pas? Fatalement par nos sens ouverts, leur image vient se réfléchir sur le miroir de notre intelligence. Hâtivement notre volonté les s'en efface; mais il n'en est pas ici, de notre cerveau, comme d'un miroir inertes, mais bien plutôt comme de la plaque sensible de l'appareil photographique :: notre cerveau est impressionné, il garde mécaniquement l'empreinte, et d'occasion d'une idée, d'une émotion viendra la révéler. Et ce rejet que nous faisons hors de notre esprit, hors de la sphère lucide de notre intelligence, n'est, somme toute, qu'un emmagasinement, un refoulement dans notre subconscient des impressions pénibles dont nous craignons les funestes effets.

Appelons subconscient tout cet avoir d'idées, de sensations acquises, tout ce substratum psychologique, nous le voyons dans le cas présent ne s'accroître guère que d'éléments douloureux et chagrins. Toutes les perceptions de notre conscience, qu'elles soient intelligibles, issues de notre pensée et de nos sentiments, ou bien vagues, diffuses, émanées de l'émoi de nos nerfs au coup de l'explosion qui nous a surpris, ou bien encore qu'elles expriment confusément le mécontentement de notre organisme qui se plaint de ne pas dormir, qui se fâche d'être mordu par des bestioles endiablées, qui s'inquiète de ses mille petites misères, toutes ces perceptions concourent à élaborer un ensemble déprimant et mélancolique. L'influence directe des faits et des choses

est de nous abattre. La gaité, la sérénité, qui assurent la résistance, sont secondaires, forcées; elles sont une réaction de notre volonté qui veut, malgré tout, maintenir l'équilibre entre notre niveau moral et les circonstances. Ainsi donc, pour tous, il y a effort et lutte. Mais, que sous un choc trop violent, la volonté se brise, chez un surmené nerveux, chez un expansif qui s'est trop dépensé, chez un hypertendu de l'énergie, il y a rupture de l'équilibre. Ce subconscient misérable profite de son avantage momentané, où il échappe au contrôle lucide de notre intelligence raisonnable, pour faire effraction dans le conscient, le submerger, le dominer et finalement lui imposer ses paniques qui l'affolent, son ennui qui le paralyse et le jette ainsi dans le marasme. L'idée saine est vaincue par l'idée triste, l'idée mobile, l'idée active, gaie par l'idée inerte, fixe et l'obsession.

Or, ce subconscient, même dans la vie pacifique et normale, est déjà là qui nous guette. Nous savons qu'il est toujours là, qui élabore avec les données de notre psychisme inférieur, qui enregistre les sensations confuses de notre vie organique, qui nous révèle la joie essentielle de sa santé, qui nous traduit son appréhension quand se trouble le fonctionnement de nos organes. Il est toujours là, qui effectue son travail latent d'emmagasinement, de souvenirs, de rêve, fonctions obscures de l'automatisme mental; il n'attend que le sommeil qui le libérera des entraves que lui impose la présence du monde extérieur et l'attention que nous portons à ce dernier, pour révéler à notre intelligence les intimités du tréfond de l'âme qui échappaient à notre conscience. Nous verrons ainsi, tout à l'heure, par certaines particularités du rêve sur la ligne de feu, la nature anormale et presque morbide qu'y acquièrent, chez beaucoup, les éléments du subconscient.

Laissons là cependant, pour l'instant, ses qualités, et contentons-nous de voir s'il n'est pas permis de concevoir qu'exerçant d'une part, déjà à l'état normal, une pression de tous les instants sur le présent conscient de nos états d'âme, le subconscient étant grossi énormément par ailleurs, du fait des circonstances de la guerre, ne va pas trouver dans son amplification même l'occasion de déborder et de submerger. Toute part étant faite, bien entendu, aux intoxications organiques qui ont diminué la résistance nerveuse, toute part étant faite aussi au traumatisme affectif, émotionnel ou nerveux qui, ouvrant la brèche, déclanchera la crise.

Nous trouverons une excuse à cette insistance, qui nous attache à l'analyse psychologique, à ce fait que presque toujours on nous objecte : « Vos malades se font des idées, ce sont des malades imaginaires. » Les signes physiques dont ils se plaignent en font certes des malades, mais on accuse « l'idée » d'avoir créé de de toute pièce leur maladie. Théorie éminemment spiritualiste qu'expriment, au nom de leur sens commun, certains confrères qui, un instant après, au nom de la logique scientifique, se refuseront à ce que la maladie de l'esprit n'ait pas une base organique. C'est probablement que, pratiquement, la solidarité du moral et du physique, dans les états mélancoliques et dépressifs, est telle que chacun réagit sur chacun dans un cycle morbide pour se renvoyer alternativement la culpabilité de troubles identiques et confondre à ce jeu le degré de leur complicité.

Il est certain qu'ici les idées qu'expriment les malades : découragement, peur, évacuation, ne sont pas de celles qui disposent en leur faveur. Il est de plus évident que les troubles invoqués ne justifient pas leur malaise moral. Il s'agit donc de voir, puisque idée il y a, jusqu'à quel point leur volonté est responsable de cette idée, et

si cette idée même ne leur serait pas imposée par un subconscient qu'a affecté l'intensité et la multiplicité des vexations endurées, qui s'en est révolté au point de vaincre leurs capacités de contrôle et de maîtrise de soi. C'est alors que la défaite de leur énergie s'affirmant involontaire, leur responsabilité morale se dégagerait pour en faire des *malades*.

Le cas que nous étudions est malaisé parce que le drame se passe sur les confins de l'organique, du nerveux et du psychique, là où ils s'enchevêtrent; mais c'est cette multiplicité de la nature des causes et des effets du mal qui nous permet de concevoir qu'il n'est pas besoin que chacun, le nerveux ou le physique, ou le mental, soit pour sa part fortement atteint pour n'en pas moins faire que la somme de leurs malaises puisse, au total, constituer un mal.

Le mental, nous l'avons vu par l'observation, domine la scène, et nous sommes arrivés à établir que le trouble réside dans un déséquilibre des relations du conscient et du subconscient. Un trouble dans le domaine intellectuel où celui-ci, par l'affaiblissement des facultés de contrôle, volonté et attention, passe sous le régime anarchique de l'émotion, le réflexe ayant pris le pas sur la pensée réfléchie.

Nous verrons bientôt comment le combat, le bombardement, entre autres, affectent presque exclusivement le subconscient par la torpeur qu'ils produisent dans la sphère intelligible de notre âme, et nous verrons que cette accumulation dans le subconscient provoque en quelque sorte — acceptons le terme à titre d'image — une congestion de cette zone psychique d'autant, nous l'avons vu aussi, que ces acquisitions actuelles sont fatalement brutales et anxieuses.

Nous pouvons ainsi ramener les conditions pathogé-

niques de l'état de dépression que nous étudions dans le cadre classique de l'émotion, telle que l'ont définie Lange, William James ou Dumas. Leur doctrine choque au premier abord notre sens commun, qui crie à l'absurde, quand ils nous expliquent que, si nous pleurons, ce n'est pas parce que nous sommes tristes, que si nous rions, ce n'est pas parce que nous sommes gais, mais bien au contraire que nous ne sommes gais que parce que nous rions et tristes que parce que nous pleurons. Ici, l'expérience leur donne raison. Et nous allons voir comment : si nos sujets ont peur, c'est bien que leur gorge se resserre et que palpite leur cœur et qu'ils ne sont abattus qu'autant qu'il y a déficit objectif de leur tonus intellectuel.

Le mécanisme mental des relations du conscient et du subconscient est certes confus, bien obscur. Mais si, d'une part, il nous manque pour étudier ces phénomènes psychologiques les moyens précis de l'observation scientifique, il n'en est pas moins vrai, d'autre part, que dans l'expérience journalière que nous faisons des qualités de notre âme, nous avons une répugnance marquée à tenir compte des éléments que lui apporte ce psychisme inférieur. Et notons ainsi, chez nos malades, que la constatation forcée de son influence, que provoque son emprise sur leur âme, n'est pas un des moindres sujets de leur inquiétude. D'autant que, par tempérament, gens actifs, d'extériorisation constante, il ont attendu, pour devenir auto-analystes, l'occasion même de leur malaise. La révélation de cette vie mystérieuse, qui se cache en eux, les effraye : ils vous disent que leur cerveau est tout changé, et ils ne bluffent pas, quand, poussés par le sentiment de cette aliénation de leur moi, ils vous assurent qu'ils ont l'impression de devenir fous.

Apparence d'aliénation, mais pénible, car elle semble

attentatoire à l'intégrité de notre libre arbitre dont, au fond, quelles que soient nos opinions, nous sommes tous également jaloux. Apparence, car après tout, si tant est qu'il est un libre arbitre, en quoi les réalités du monde intérieur détermineraient-elles davantage et plus notre volonté que ces limites, que nous acceptons facilement, qu'imposent à notre action les tangibles réalités du monde extérieur? Toujours est-il qu'imbus du fétichisme de notre esprit, nous n'aimons jamais nous avouer combien les inconvénients ou la satisfaction de notre ventre, l'intensité des vibrations de notre système nerveux, mesurent l'essor et la qualité de notre pensée.

Ainsi, à l'état normal déjà, il nous faut admettre comme une inéluctable nécessité l'immanence de cette contiguïté et l'existence de cette pression inverse, l'une de refoulement, l'autre de résurgence, qu'exercent l'un sur l'autre le conscient et le subconscient. Seule, notre attention est capable d'en prévenir l'irruption, et malgré elle, cependant, quelle n'est pas, à chaque instant, la part de pressentiments organiques, de rêve, d'illusion, qui embue notre vision du réel? La barrière est faible, et l'on comprend combien les grands chocs d'émotions dus à la guerre sont capables de l'ébranler.

Déjà même, le jeu normal de notre mécanisme intellectuel ne sollicite-t-il pas constamment le subconscient? Notre intelligence, qui y fouille à tout moment, pour y trouver les matériaux de son travail, agite, anime ainsi perpétuellement sa masse confuse. C'est là que l'esprit doit nécessairement s'adresser pour trouver les éléments déjà assimilés, acceptés comme partie intégrante du « moi », auxquels rattacher les données présentes des faits et des choses pour les solidariser dans cette unité qui constitue notre personne psychologique, affronter ainsi le devenir encore impersonnel qu'est chaque nouvel instant au passé du moi. Le subconscient n'attend pas

le sommeil pour influencer sur l'esprit, il tend à s'imposer à lui dès l'état de veille.

Notre volonté attentive n'est heureusement pas seule à repousser son emprise. Il est enseveli dans les couches les plus lointaines de notre vie mentale par le seul effet de l'afflux continu des impressions nouvelles, partant encore intelligibles, dociles encore. Il est refoulé par la quantité même de sensations et d'idées que chaque minute nous impose et qui suffit à remplir le champ actuel de notre conscience. Il est néanmoins présent à chacun de nos moments psychologiques, dont il fait ainsi la part double; l'une lucide, éveillée, l'autre obscure et aveugle.

Bergson nous a montré, parmi le mouvant de la vie, la mobilité essentielle de notre vie psychique, soumise, comme étant son principe même, à la loi fondamentale de la durée.

Nous pouvons concevoir cependant que, à chacun des moments de notre vie, ce qui est notre état d'âme est l'effet complexe d'états superposés du profond obscur de notre être jusqu'à la surface lucide de notre pensée consciente. Les premiers, empâtés dans la chair, les autres se libérant des contingences de la matière à mesure qu'ils s'élèvent. Inversement, à mesure qu'ils s'enfoncent ils deviennent de plus en plus flous, de moins en moins intelligibles à notre conscience, qui ne les devine plus que dans une transparence confuse. Inversement aussi, ils passent du régime libre, intelligent de notre volonté à celui de l'automatisme mental, pour s'asservir à celui des lois fatales de la matière. Inversement encore, ils perdent donc, à mesure, de leur indépendance et de leur mobilité, et plus le sentiment, plus l'idée se liera à l'organique, plus elle prendra l'attitude « fixe », le caractère « obsédant ».

Ainsi, de l'intelligent à l'organique, de l'organique à la matière, l'indépendance et la mobilité vont diminuant, ainsi les strates superposées qui font notre état psychologique ne sont pas entraînées dans la course ininterrompue du vivant à la même allure, ses profondes s'attardant au point de constituer le fond des premières.

Au fil de la vie, qui fuit au cours du temps, nos états d'âme se succèdent toujours renouvelés comme les ondes d'une eau courante, et, comme elles, notre esprit emprunte son reflet aux images des choses qui s'y mirent tour à tour, mais les nuances de leur dessin mouvant tirent leur tonalité générale de la teinte du fond.

Cette esquisse rapide des fonctions régulières du subconscient, alors que le train moyen de la vie pacifique, banalement heureuse, n'y met d'impressions que placides, où l'émotion rare, sereine, ne le fait pas trop vibrant, nous fait pressentir l'amplitude de ses réactions possibles quand l'ébranlera le fracas des batailles. Voyons ce que la guerre peut lui imprimer d'anormal.

Il serait oisieux d'entrer dans trop de détails et cette notion s'impose d'elle-même, que notre subconscient bourré d'émotions est devenu anxieux et agité.

Voici cependant quelques faits d'observations :

A

a) D'abord le curieux effet du *bombardement prolongé*. Prenons, par exemple, le bombardement qui a déterminé la crise de somnambulisme dans l'observation S... En rase campagne ou à la tranchée, l'effet est sensiblement le même. Ignorant les effets des obus asphyxiants et des gaz pour ne les avoir point encore éprouvés, je n'en parlerai pas.

Il s'agit d'un feu roulant d'artillerie de tout calibre

subi, sans discontinuité, pendant quarante-huit heures, après un autre, intermittent, de plusieurs jours, lors de la bataille de la Marne. Rapidement, au bout de la première heure, le bruit que fait le passage des obus et leurs éclatements s'atténue en un ronronnement sourd qui provoque un impérieux besoin de dormir. Lorsque l'ouvrage ne vous tient pas éveillé, on n'est sorti de cette torpeur et de cette somnolence que par l'éclatement trop proche, qui a ébranlé le sol. On bondit alors, on a l'impression d'être soulevé. Est-ce le sursaut instinctif de la bête, j'étais, pour ma part, couché sur la pente d'un talus pour offrir moins de prise, ou est-ce ce que les hommes appellent « le vent de l'obus » ? L'abrutissement est tel qu'on secoue la terre qui vous a élaboussé et qu'instantanément le sommeil vous reprend. Il faut faire effort pour entendre l'appel de ceux qui viennent d'être touchés et leur porter secours. Ainsi, au point de vue psychologique, ces moments ne sont nullement pénibles. Le cerveau est vide de toute pensée, on n'a aucun mérite à ne pas avoir peur.

Quant au système nerveux, une insensibilité presque complète le gagne. Un frisson, un tressaillement à la première salve, on le mate avant qu'il ait pu se laisser voir, mais bientôt cet effort de répression devient inutile. La sensibilité nerveuse est complètement émoussée, plus aucune secousse n'ébranle, en apparence, les nerfs.

b) Dans le même ordre, il n'est meilleure preuve, et cela est fréquent, que le *blessé* ne sente pas sa blessure. Il continue à se battre sans se douter qu'il a été touché. C'est un camarade qui lui signale une tache de sang sur sa capote. Le cas n'est pas rare que lors d'une blessure, par nature pourtant douloureuse, le blessé ne prend conscience de sa douleur qu'à la fin de l'action, lors de la reprise du calme et du silence.

Ces observations ne s'étendent pas au feu d'infanterie

ou de mitrailleuse. L'étude de la réaction psychologique qu'entraîne l'effet des balles, différente selon qu'on essuie une salve dans l'action ou immobilisé, selon qu'un seul coup, mais qui vous vise personnellement, a été tiré, dépasserait les limites de ce travail.

Sous le bombardement, somme toute, il n'y a, au premier abord, ni lntte psychologique ni excitation nerveuse avec la dépense qu'elles pourraient comporter. La même torpeur noie et le psychique et le nerveux.

c) Mais l'anesthésie ne supprime du shock que la conscience du shock et la fatigue de la défense. La commotion nerveuse et cérébrale reste entière et ses effets se sont enregistrés dans la zone automatique du sub-conscient, la réaction ne va pas tarder à se manifester.

La preuve en est que c'est à la suite du bombardement intensif précité, subi cependant avec impassibilité, que l'un de nos sujets a eu sa crise de somnambulisme. Certes, il y avait là aussi la fatigue physique des marches forcées de la retraite, celle déterminée par la relève nocturne des blessés pendant six nuits de bataille. Les communications rendues impossibles avec l'arrière par le barrage des obus, on avait quelque peu souffert de la faim et de la soif. Mais, cependant, quelle que soit la fatigue organique, c'est bien, toute part étant faite au terrain, la dépense nerveuse et mentale qui l'emporta ici, puisque la réaction se résolut en une crise de somnambulisme. L'analyse psychologique du bombardement s'explique facilement : paralysie des sphères intellectuelles, effraction consécutive du sub-conscient qui se met à vivre à son tour pour son propre compte.

d) Ailleurs, chez le blessé, qui nous a pourtant paru si peu affecté, si distrait de sa blessure, la chair garde le souvenir profond de sa surprise douloureuse et de sa

meurtrissure. En effet, nous voyons tel qui revient au front après une blessure légère et qui a conservé sa résolution inébranlable, qui, cependant, s'étonne de se trouver maintenant apeuré de tout ce qui auparavant n'arrivait pas à entamer son sang-froid. C'est une observation courante que le blessé ne revient pas aguerri quelle que soit son énergie, mais au contraire sensibilisé et plus émotif. Ce qui enhardit, c'est la chance. C'est donc que l'instinct, prévenu par la souffrance, se révolte dans le subconscient à la moindre menace et impose sa panique à l'esprit.

e) Voici encore, en passant, quelques indices de cette stupeur dans laquelle le bombardement plonge les fonctions cérébrales supérieures. Les souvenirs de l'action sont infimes et le choix qui les fixe absurde : l'intelligence ne préside plus aux enregistrements de la mémoire. De l'assaut, le « poilu » ne se souvient de rien de précis que d'un détail ridicule par-ci par-là. Il ne conserve que la conscience imprécise et confuse d'avoir fait de grands efforts physiques et d'avoir éprouvé une grande fatigue.

f) Notons encore, par ailleurs, sous les effets des balles et de l'artillerie, la disparition presque complète de la notion du temps. Ici encore, même désintégration de la personnalité psychique, déséquilibre entre le conscient et le subconscient. Notre conscience ne perçoit plus les données du sens intime du développement dans la durée, de la vie profonde de notre être.

g) Signalons, chez le blessé, non pas celui obnubilé de pénétrations abdominales, thoraciques ou craniennes, mais le blessé léger des membres, cette crise d'excitation où le verbiage est de règle et où la multiplicité, la diversité, le décousu des idées, mêlés à des accès de gaieté irréfléchie, font songer à l'ivresse, crise qui se résout bientôt dans une débâcle sentimentale arrosée

souvent de larmes, pour se muer en une période de prostration et de souffrance.

h) Remarquons lors d'un bombardement prolongé, l'expérience qui nous guide est celle-ci : deux jours et demi de préparation d'artillerie de notre côté, tir intense, formidable, en vue d'une attaque, — et contre-bombardement de l'ennemi qui a duré huit jours — notons alors des alternances d'excitation et de dépression, [se succédant dans l'ordre suivant : excitation continue, idéative et motrice, de courte durée; puis torpeur prolongée; puis intermittence de l'une et de l'autre. Les réactions pénibles, violentes, étant presque exclusivement provoquées par les départs amis. Il n'est donc, encore ici, question que de réflexe, le bon sens nous persuadant de ne nous inquiéter que des arrivages.

Je ne décris pas ici d'impressions personnelles et n'en fais état, dans cette étude, qu'autant que l'enquête auprès de mes camarades de combat m'a convaincu de leur caractère général.

i) Par ailleurs, à qui, à certains instants, n'a-t-il pas semblé que toutes les peurs qu'il avait si facilement matées se réveillaient tout à coup pour l'affoler à l'occasion d'un bruit ou d'une menace illusoire où notre logique elle-même se refusait à voir un danger?

CONCLUSIONS. — De l'exposé de cette série de faits psychologiques ressort que, pendant la période de combat et de canonnade intensive, le conscient noyé dans la torpeur est stupide et paralysé et que le subconscient prend le pas sur lui. Passé au premier plan, celui-ci est directement impressionné et réagit directement.

Ainsi donc, les émotions lui arrivent sans que notre intelligence ait pu les filtrer, les discipliner; elles y viennent s'inscrire toutes brutes. Ajoutons que pendant

les périodes d'accalmie, de guerre ralentie où les chocs émotifs deviennent intermittents, notre volonté même, consciente que c'est sa sauvegarde, refoule, hâtivement mais sans cesse, des impressions hostiles dans le subconscient, sans prendre le temps de les raisonner, de les apaiser.

Donc, d'une part, intensité et multiplicité, de l'autre, caractère brutal, pénible. Nous voyons ainsi se créer, dans les éléments de notre vie mentale, un corps étranger, l'image est peut-être osée, mais compréhensible, je le crois, autour duquel certaines circonstances, shock violent et diminution du pouvoir normal de notre contrôle, pourront, chez des prédisposés, déterminer une réaction morbide.

Quant à l'homme vigoureux, bien portant et placide, s'il n'échappe pas à cette stupeur intellectuelle de la bataille, elle le fait en partie insensible aux dures épreuves du combat et à la peur, et ne laisse surnager à la présence de son esprit que quelques idées maîtresses autour desquelles se cristallise son énergie : soutenues par la confiance de chacun en sa chance et par la haine de l'ennemi, la discipline de tenir et la volonté de vaincre, la foi patriotique qui, si les hasards de la bataille l'y convient, en fera, plus qu'un brave, un héros.

B

L'état dans lequel nous avons trouvé le subconscient nous amène à parler du rêve et du *cauchemar* sur la ligne de feu.

C'est là, en effet, que nous allons saisir sur le vif le caractère particulier du psychisme inférieur, puisque le sommeil limite notre vie cérébrale au seul travail automatique du subconscient. Du fait que nos sens endormis se sont fermés à la vie du dehors, seuls se

projettent sur l'écran de notre intelligence les images accumulées qui font le monde intérieur dans lequel baigne notre esprit. Pour beaucoup, l'intensité et l'anomalie des circonstances a chassé les deux éléments du rêve pour hanter leur sommeil de fantômes angoissants.

a) La fréquence du cauchemar est de règle. Parmi ceux que nous avons interrogés, un tiers environ en subissent les affres. Chez eux, le cauchemar est quotidien et ceci lui donne une véritable valeur pathognomonique.

Il sévit chez des gens qui, avant la guerre, ne le connaissaient pas avec cette régularité. Certes la notion du terrain nerveux et mental intervient puisque deux de leurs camarades y échappent. La part des circonstances n'en reste pas moins grande puisqu'elles en sont l'occasion. Peut-être est-il imputable au bruit fortuit qui trouble fréquemment le sommeil, à l'inconfortabilité du couchage ? Mais ces conditions ne sont-elles pas aussi celles du voisin indemne ? Est-il imputable entièrement à l'intoxication digestive, tabagique ? Les troubles digestifs, malgré l'alimentation carnée, sont rares sur le front, le fonctionnement intestinal est normal.

Ces cauchemars sont bruyants, agités, s'accompagnant de réveil en sursaut. Tel parle ou crie presque chaque nuit dans son rêve, tel pleure et se lamente. A l'état de veille ces gens sont calmes, confiants ; leur sérénité, leur bonne humeur chassent l'impression d'un nervosisme exagéré. Il ne s'agit là que d'une réaction du subconscient.

b) Certains manifestent une *tendance au somnambulisme*. L'éveil de leur conscience est retardé et n'est pas contemporain de l'éveil de leurs sens et de leur activité motrice : ils ont les yeux ouverts, parlent,

s'agitent et cependant leur esprit dort encore, Dans la majorité des cas, le symptôme est fugace; mais ne traduit-il pas la fatigue cérébrale, l'engourdissement intellectuel, alors que la nature anxieuse du rêve, son agitation parlée traduit l'intensité de l'émotivité?

N'avons-nous pas là l'indication des troubles qui se confirment dans les cas de dépression que nous avons décrits? La lassitude imposant la même torpeur à l'état de veille, laissant libre cours à l'émotivité, celle-ci imposant à son tour à la pensée son désarroi et ses appréhensions.

c) Signalons que ce cauchemar est loin d'emprunter forcément ses personnages et son thème dramatique aux idées guerrières. Si contraire que cela soit à la logique des circonstances, beaucoup vont emprunter les figures de leur rêve à des sources lointaines, antérieures à la guerre, cachées dans les couches les plus profondes de leurs souvenirs. Le mobile intellectuel, idée guerre, dans ce cas semble secondaire, le cauchemar n'est déclenché que par le mécanisme des réflexes ébranlés.

d) Nous connaissons tous, pour l'avoir éprouvée, cette nostalgie impulsive qui obsède parfois toute une de nos journées, lorsque, volontairement ou involontairement, une de nos idées n'a pu s'exprimer, une de nos émotions s'extérioriser. Lorsque les bonnes gens nous disent de quelqu'un qu'il souffre d'une colère rentrée, ils ont l'intuition de cette gêne et de sa nature.

Idée tronquée, sensation incomplète, émotion mutilée par un geste de répression, action restreinte ou réaction avortée, laissent toutes un reliquat déconcertant en ce sens qu'il persiste alors que notre intelligence, distraite par ses besoins nouveaux, croit son effet supprimé et que sa cause imprécise lui échappe souvent. Alors nous éprouvons ce sentiment confus que quelque

chose est là en nous d'impérieux et aussi d'étranger, de sournois, d'inharmonieux qui ne s'accorde pas aux nécessités de circonstances nouvelles. Ce phénomène est physiologique, il est presque exclusivement moteur.

En effet, les centres moteurs et réflexes de notre cerveau ont répondu automatiquement à l'excitation, ils ont fait une ébauche de réalisation motrice et se refusent, une fois impressionnés, à accepter le contre-ordre ; ils cherchent à satisfaire leur tendance naturelle à se réaliser et à s'extérioriser.

Phénomène banal mais dont la constatation nous permet de concevoir tout ce que les entraves à l'expansivité naturelle que créent l'inaction, l'ennui, le danger, peuvent amener de déséquilibre dans notre vie mentale. Et combien ce déséquilibre est involontaire de par sa nature essentiellement fonctionnelle, d'autant plus involontaire qu'il s'agira d'abouliques : déséquilibre fonctionnel qui peut sévir dans les sphères motrices, c'est-à-dire les moins idéatives et les plus matérialisées de notre système cérébral. Nous devinons les impulsions morbides qu'il peut déterminer, lorsque tant de causes, dans la vie que mènent nos gens, concourent à la restriction de notre activité motrice naturelle : chasteté et sensualité inassouvie, affectivité déçue par l'éloignement des êtres aimés, privations intellectuelles, conflits d'espoirs et d'illusions détruites selon l'imprévu des heures, besoin de joie que les événements ne satisfont pas, besoin d'action que contrarie la passivité et le désœuvrement de la vie de tranchée.

V

Nous n'irons pas plus avant dans une interprétation pathogénique, que la discrétion des symptômes, le caractère diffus, inorganique des troubles révélés rejet-

tent souvent dans le domaine de l'hypothèse psychologique. Nous avons insisté sur l'élément mental, bien qu'il ne soit pas le seul dans ce malaise complexe psychique, nerveux et organique à la fois, parce que c'est l'élément psychologique qui prime dans l'expression totale du malaise.

On a dit de nos malades que c'étaient des malades imaginaires, nous avons voulu voir jusqu'à quel point il n'y avait pas détermination involontaire de l'idée.

Efforçons-nous maintenant de tirer de cette analyse un peu longue quelques conclusions précises.

1° Nos malades souffrent, c'est indéniable, au physique et au moral. L'objectivité de cette souffrance est établie par un certain nombre de symptômes dont la présence constante définit en elle-même le mal.

a) Insomnie, cauchemar, céphalée.

b) Inappétence, lassitude physique, amaigrissement.

c) Sensibilisation douloureuse du système nerveux.

Palpitations.

d) Lassitude intellectuelle, aboulie, découragement.

Émotivité malade.

Cet ensemble crée un état mixte physique, nerveux, mental, se traduisant par une dépression physiologique et morale où domine l'excitabilité nerveuse et émotive.

2° Ces troubles, issus de circonstances banales dans la vie du front, ne présentent de gravité suffisante pour créer un état de crise, digne de considération, que lorsque tous les symptômes indiqués sont au complet et que, d'autre part, leur intensité est telle qu'ils durent plusieurs semaines et vont en s'aggravant.

3° a) Pour que cette dépression prenne l'allure critique, il faut que les troubles se développent dans un *terrain spécial* : nervosisme constitutionnel, tempérament exubérant, agité en général.

b) Il faut que ce terrain ait été *préparé* par un séjour prolongé sur la ligne de feu. Il faut chercher la diminution de résistance provoquée par le surmenage, les intoxications possibles digestives et bulbaires, l'alimentation carnée, le tabac et l'alcool.

c) Il faut l'intervention, comme agent provocateur d'un *shock* affectif ou émotif : deuil, chagrin familial, déception, mais plutôt encore bombardement prolongé, éclatement dont la proximité aura violemment ébranlé le système nerveux, blessure légère.

4° Cette affection qui ne nous a pas paru mériter un nom, car elle peut rentrer dans le cadre de la neurasthénie ou des états mélancoliques légers, a, cependant, des allures originales.

L'élément mental, sans atteindre l'intensité qu'il acquiert dans la mélaucolie vraie, prend une prépondérance qu'il n'a pas dans la plupart des cas de neurasthénie banale.

Ce n'est pas autour de perceptions cénesthésiques douloureuses, autour d'un malaise organique, que se cristallise la réaction psychique initiale du sujet, c'est autour de l'*émotion*.

Il accuse, à juste titre, la situation physique et morale que lui crée la guerre, d'être la cause de son mal. Les sensations tristes, obsédantes, qui fixeront son esprit émauent de l'idée de l'imminence d'un nouvel incident de guerre qui viendra seconer ses nerfs endoloris, de l'autre, du sentiment de la permanence du risque qu'il court. Comme tous les mélancoliques, il a tendance à interpréter et son interprétation sera exagérée. Il suppute les chances d'échapper à son tourment et n'en voit que deux, l'évacuation ou la mort. Je citerai ce cas, et il n'est pas le seul à ma connaissance, d'un officier qui, à la suite d'une action intense, qui l'avait fort ébranlé, s'est offert à la mort en mon-

tant sur le parapet de la tranchée. Il était en proie au désarroi moral, à une crise de dépression aiguë et avait trouvé, dans ce sacrifice inutile, l'action étant terminée, le moyen de cacher, sous la parure de l'héroïsme, la veulerie d'un suicide.

5° Etant donnée la nature subjective des symptômes, le diagnostic du médecin est subordonné à un arbitrage moral.

La mesure de la foi qu'il doit apporter aux dires du malade lui est donnée par la connaissance, ou mieux l'expérience personnelle, qu'il a de la valeur morale dont a fait preuve le sujet depuis le début de la campagne.

Il doit être circonspect, mais les cas peuvent donc exister où la sincérité du trouble et de la souffrance accusée n'est pas à mettre en doute. La notion du shock intervenant, on peut admettre qu'il y a alors, non défection de l'énergie, mais trouble accidentel, véritable brisure.

6° Quelle est la décision militaire à prendre? Faut-il passer outre, maintenir sur la ligne, ou évacuer?

Les principes qui guident notre jugement seront simplifiés par les circonstances; les dures nécessités de la guerre veulent que l'intérêt, même médical, de l'individu, s'absorbe entièrement dans l'intérêt commun de la nation et de l'armée.

En somme, pour légitimer l'évacuation, il faudrait que le sujet soit hors de combat, inutilisable sur la ligne de feu. Ou bien, si sa valeur combative n'est que diminuée, il faudrait que cette diminution soit temporaire et que le bénéfice d'un séjour à l'arrière soit général en ce sens qu'il active la reprise de ses capacités et le ramène plus rapidement à son rang dans l'ordre de la bataille.

A part cela, il n'y a guère à admettre que la conta-

gion et la folie avec le danger collectif qu'elles occasionnent.

Voilà qui est court et précis ; mais en pratique, c'est beaucoup moins simple. Des notions interviennent, telles que l'interchangeabilité de l'unité, son meilleur rendement à l'arrière, la possibilité, grâce aux effectifs disponibles dans les dépôts, de les remplacer par de nouveaux venus. D'un autre côté, une considération s'impose à l'esprit du médecin lorsqu'il entrevoit l'étendue de ce mal, nécessaire, mais indéniable, qu'est la sélection à rebours que la guerre inflige à la race maintenant qu'elle n'envoie plus seulement quelques champions défendre ses couleurs, mais bien des générations entières et ce qu'elle a de meilleur.

La guerre de campagne, se disent certains, demandait des aptitudes que ne réclame plus la guerre de tranchée. Lorsqu'il n'y a pas attaque, un cul-de-jatte ou un bancal font aussi bien l'affaire derrière un créneau que l'athlète complet, et, décidément, si l'obus doit y tomber, j'aime mieux qu'il supprime les premiers. Sinon c'est toujours le meilleur, le corps le plus robuste, l'âme la plus saine, qui disparaissent au profit du malingre réformé, du médiocre qui a réussi à s'embusquer.

Ceci amène les uns à penser qu'il y a lieu, sur le front, de se montrer coulant, qu'il y a intérêt, au hasard d'une indisposition légère, à sauver un individu qui a fait ses preuves pour faire courir son risque à une moindre valeur. Pour d'autres, au contraire, ceci les amène à concevoir la nécessité d'un maintien plus strict de tous sur le front, seraient-ils malades, usés, diminués, partant de ce principe que si une assiette doit être cassée, il vaut mieux que ce soit celle qui est déjà fêlée.

Conceptions dangereuses pour le médecin et qui dimi-

nuent son autorité par ce qu'elles substituent de personnel — et ainsi de variable, à son critère, qui ne doit, dans le cas, juger du particulier que sur la base commune de l'ordre établi. A vouloir substituer sa compréhension personnelle à la règle admise, son jugement risque de devenir aussi baroque que certains par lesquels nous étonnent trop souvent les « bons juges ».

De plus, ceux qui s'attardent à ces considérations oublient que nous ne pouvons accepter la guerre de tranchée que comme un épisode momentané de la grande action et que ce temps d'arrêt, si long soit-il, ne doit pas nous faire perdre de vue la nécessité de tenir prêts, en quantité et en qualité, nos effectifs pour la marche en avant, vers la victoire.

Il faut donc garder son opinion de raisons spécieuses qui pourraient l'égarer. L'intensité critique des événements est telle que cette heure se suffit à elle-même et impose, sans autres considérants, de vouloir, au maximum, l'effort physique et moral de tous, sans chercher au delà de cette nécessité absolue et immédiate de vaincre.

Cette digression sur l'évacuation nous est dictée par l'importance que prend, chez nos déprimés, l'idée d'évacuation, au point que certains sont tentés de les ranger dans la catégorie des défaillants atteints d'« évacuite ». Leur cas éminemment subjectif par beaucoup de côtés risque ainsi d'être arbitré fort différemment, selon les tendances du médecin.

Les symptômes organiques sont insuffisants à les faire rentrer dans le cadre banal des cas d'évacuation. Ils ne sont contagieux, qu'au moral, par l'effet déprimant sur leur entourage de leur découragement et où irions-nous s'il fallait interner, si rares soient-ils, tous les pessimistes au pavillon d'isolement?

Il n'en reste pas moins vrai que nous avons à faire, dans notre cas, à des malades, qu'ils sont diminués

dans leurs capacités et leur responsabilité et justiciables d'une amélioration rapide lorsqu'ils auront trouvé, à l'arrière, les conditions suffisantes de calme qui les apaiseront et les remonteront.

7° Il est admissible d'accorder l'évacuation lorsque le cas atteint une gravité exceptionnelle qui met le malade en état de crise durable. Le caractère d'*exception* de leur état de nervosisme et de dépression légitimant en lui-même la mesure, tandis que la constatation des symptômes réguliers précédemment décrits vient justifier et définir leur souffrance physique et morale.

8° Le traitement consistera dans le repos, dans un endroit éloigné des désordres de la guerre. Tout d'abord, repos absolu, alitement même dans un lieu calme, dans l'isolement et l'absence de bruit. Puis exercice léger et distraction.

Régime de désintoxication intestinale.

Puis calmants d'une part, chloral, bromure; de l'autre, toniques : cacodylate de sonde. Phosphates et cacodylate de strychnine associés nous ont donné d'heureux résultats dans des cas que leur légèreté nous autorisait à soigner sur la ligne de feu.

Dans le cas d'insomnie rebelle, d'agitation nocturne, de rêve parlé, nous avons eu recours avec succès au drap humide.

Dans les cas observés, l'amélioration est rapide. L'état mental s'apaise, l'amaigrissement, la lassitude, cessent avec la reprise du sommeil normal.

Y a-t-il rechute? Notre expérience trop courte et trop limitée nous interdit d'y répondre. L'enquête qui a dirigé cette étude est forcément incomplète. On ne voit pas pareil à la tranchée que dans le calme du cabinet de travail. Chez le patient, l'amour-propre, exalté par l'atmosphère de bravoure, se refuse à accepter d'avouer certains troubles, le malade est réticent. De plus, une

certaine discrétion, lorsque l'on est le médecin traitant, non par le choix du malade, mais imposé, vous interdit d'approfondir les antécédents nerveux personnels et héréditaires.

Nous avons vu cette crise neurasthénique atteindre des intellectuels, des officiers, mais épargne-t-elle les « poilus » ? On reconnaîtra avec nous qu'il est difficile de demander au « poilu » si la mélancolie ne trouble pas son esprit et si l'exaltation de ses nerfs ne le déprime pas trop. On nous accuse déjà bien assez, médecins des névropathes, de susciter le mal à mesure que nous le décrivons.

Des hommes viennent à la visite qui sont fatigués, déprimés, en butte à un malaise vague ; comme ils ne peuvent en analyser la cause, ils inventent en général « une carotte ». Le médecin-major, qui devine, leur donne les quelques jours de repos nécessaire.

Toutefois, chez un homme de mon régiment, un cas frappant s'est présenté. A la suite d'un shock émotif suscité par un bombardement, celui-ci subit une crise de dépression avec idées mélancoliques, qui dura trois mois, s'aggravant à mesure. Il ne se présentait pas à la visite, ce sont ses camarades qui nous disent qu'il devenait « drôle ». Mais le particulier de son cas fut qu'à trois reprises, la première à l'occasion du shock, il fut l'objet de palpitations paroxystiques, dont la violence l'amenait à perdre connaissance. L'examen, confirmé par la haute compétence du D^r Mallet, ne révélait aucun trouble organique et le D^r Mallet conclut, en l'occurrence, à des accès de tachycardie paroxystique d'origine émotionnelle.

L'analyse et l'interprétation des cas de dépression observés nous amènent à les différencier de la neurasthénie banale pour en faire une affection plus psychique

que nerveuse, déterminée dans son fond et dans sa forme par les circonstances de la guerre. La notion du traumatisme émotif, du shock nerveux, leur donne un caractère accidentel.

Nous en arrivons à conclure que nous sommes en présence d'un accident de guerre, occasionné par la guerre, trouvant dans les bombardements l'origine et l'élection des troubles suscités.

Certes, nous sommes là très loin des grands états mentaux. Je dois avouer, pour ma part, que, bien que mon régiment n'ait pas quitté la ligne depuis le début des hostilités et ait participé, ni plus ni moins qu'un autre, aux grandes batailles du début, où il a été jusqu'à perdre les deux tiers de son effectif, je n'ai pas eu l'occasion de constater de cas d'aliénation. Un ou deux simulateurs, facilement convaincus d'imposture, et c'est tout. J'aurais pu craindre plus, cependant, car ce régiment est formé de réservistes issus du Nord et de la banlieue parisienne et chez qui les marches forcées d'août-septembre 1914 avaient révélé une forte imprégnation alcoolique. A ce moment, de nombreux cas de *delirium tremens*, ou mieux, le syndrome étant rarement complet, de crises nerveuses d'origine éthylique, mais la désintoxication se fit rapidement et ces cas diminuèrent pour disparaître complètement. Le terrain subsiste toutefois.

D'ailleurs, l'observation du D^r Mallet, qui s'étend à toute notre division, ne lui a pas montré de cas dont le nombre et où la nature puissent faire incriminer particulièrement les combats. Folie de persécution, confusion mentale, démence précoce observée ne trouvèrent dans la guerre que leur cause occasionnelle et, si leur délire emprunta, parfois, un thème militaire, l'ensemble de la maladie évolua selon son cours classique et chez des prédisposés marqués par avance.

Il n'y eut donc, dans le champ de mon observation, que l'état de dépression étudié ici, où me parut sensible l'influence de la guerre.

Cette étude ne vise pas à être plus que la présentation et l'interprétation d'une série d'observations personnelles. Abandonné à mes propres moyens, sans aucun livre où consulter les maîtres, ce n'est qu'un travail fait à la tranchée. J'apprends que le professeur Régis, au sujet de psychonévroses observées dans cette guerre, vient d'y signaler « l'onirisme hallucinatoire » ; le terme compréhensif m'eût sans doute évité la description minutieuse des faits constatés. Ceci me laisse néanmoins supposer avec plaisir que je ne me suis pas trop égaré, ou, du moins, je le crois. Le D^r Mallet, à qui j'ai soumis cette analyse, me dit que le professeur Gilbert Ballet a vu des phénomènes sensiblement identiques dans les cas de plus grande allure qui se sont présentés à lui. J'aurais eu aussi grand profit à pouvoir puiser des indications dans ce que le D^r Dupré a écrit sur la « constitution émotive ». Mon maître aux asiles, le D^r P. Jaquelier, m'écrit au sujet de cette étude qu'il a observé « des faits curieux de psychopathies par bombardement », il me dit : « On observe tous les syndromes, mais le cauchemar est de règle. »

Quoi qu'il en soit, je me suis efforcé ici de donner un côté des faits psychiques que j'ai pu observer dans un régiment que je suis pas à pas depuis le début de la campagne. Je me suis efforcé de faire en sorte que la sincérité compense en partie la compétence qui faisait défaut.

Ce qui m'a autorisé à faire état de ces crises de dépression, sans crainte de faire le jeu des pessimistes, c'est leur rareté relative et leur caractère exceptionnel.

Il ne s'agit là que d'un accident éclos chez quelques

prédisposés. Si le tableau que nous avons dressé de la vie des tranchées est sombre, c'est que tel il est et que l'objet de cette étude nous amenait à l'envisager sous le seul angle de ce qu'il comportait de dureté. L'attitude de nos soldats prouve que ces épreuves ne dépassent pas cependant les limites de la résistance moyenne. Il y a quelque lassitude passagère, mais il n'y a, dans l'existence de la ligne de feu, ni misère physiologique, ni misère morale. L'état sanitaire est excellent, nos hommes ont acquis, à vivre au grand air, une robustesse et une santé qu'ils ignoraient auparavant. Malheureusement, c'est là qu'ils apprennent à se faire tuer, mais aussi à mourir bravement pour les grandes idées ravivées du devoir et de la patrie.

L'endurance et l'énergie de nos hommes s'est élevée à la hauteur des nécessités de l'heure, et cela résolument, mais aussi simplement. Notre soldat comprend certes, il est intelligent, l'étendue de ses sacrifices, mais il les accepte. Pourquoi alors, en des descriptions fantaisistes, tant de journalistes représentent-ils le « poilu » sous l'aspect d'un écervelé qui joue à la petite guerre et que n'a pas touché la gravité des circonstances? A cacher l'étendue de son effort, on lui marchande son héroïsme.

Aux rudesses et aux brutalités de la guerre, notre soldat a grandi les qualités faciles de la race en vertu, qu'il serait à souhaiter qu'il n'oublie pas lors de la paix reconquise.

Au point de vue de la dégradation et de la folie, l'alcool absorbé pendant la paix avait fait à nos hommes plus de mal et avait plus ébranlé leur esprit que les tragiques horreurs de la guerre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 17 AVRIL 1916.

Présidence de M. LEGRAS, ancien président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

A propos du procès-verbal.

M. COLIN. — A notre dernière séance, l'émotion ne m'a pas permis de répondre aux paroles affectueuses que notre collègue M. Arnand nous a adressées à M. le Dr Semelaigne et à moi-même. Je tiens à lui dire combien nous y avons été sensibles et à remercier la Société médico-psychologique de la marque de sympathie qu'elle a bien voulu nous donner.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Des lettres de MM. Vigouroux et Chaslin, qui, malades, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre du président de l'Association générale des médecins de France remerciant la Société de sa contribution à la Caisse d'assistance médicale de guerre ;
- 3° Une lettre de M^{me} Boissier, qui remercie la Société des sentiments d'affectueuse sympathie témoignés à son mari tombé pour la France ;
- 4° Une lettre de M. Bianchini, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé à l'étranger.

Rapports de candidature.

M. COLIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Pactet, Ritti et Colin, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Haury,

médecin-major de 1^{re} classe, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Haury appartient à cette catégorie de médecins militaires qui, à la suite des travaux des D^{rs} Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, Pactet et Colin Régis, Mignot et Antheaume, etc., etc., sur les maladies mentales dans l'armée, se sont adonnés à l'étude de la psychiatrie, qui offrait un champ particulièrement vaste à leurs méditations. Mais, il faut bien le dire, pour faire admettre des vérités démontrées par l'observation clinique, on se heurtait à de vieilles habitudes, à d'anciens préjugés, à la routine en un mot, et la tâche était des plus délicates. C'est pourquoi il convient, parmi ceux qui, dans le milieu militaire, ont contribué à l'œuvre nouvelle, de citer au premier rang les professeurs Simonin et Chavigny.

Les travaux de M. le D^r Haury sont nombreux, et je ne puis ici qu'en donner l'énumération succincte.

Les Neuro-cérébroses toxiques ; Les Maladies mentales dans l'armée suisse ; Les Fugues dans l'armée ; l'Indiscipline morbide ; Les Déserteurs à l'étranger ; Plan d'examen pour l'étude d'un anormal ; Le Dépistage des anormaux psychiques ; La Paresse pathologique ; La Psychiatrie et l'engagement volontaire ; la Fausse simulation ; Un Messie scientifique au régiment, dément chronique méconnu et condamné par deux juridictions, civile et militaire ; Les Retentissements psycho-organiques de la vie de guerre et les soins à donner aux blessés ; Un dément précoce engagé volontaire ; Rôle de la complicité dans la provocation des maladies simulées, etc., etc.

Parmi ces travaux fort intéressants, je signalerai à votre attention les articles et les communications sur la paresse pathologique dont M. le D^r Haury a essayé de définir les caractères cliniques. D'après lui, la « paresse pathologique » n'est pas qu'un des chapitres de l'« indiscipline morbide ».

C'est aussi une importante notion sociale qui déborde du cadre de l'armée et qui a des ressortissants dans la collectivité, à tous les âges et dans toutes les conditions.

Au Congrès des aliénistes et neurologistes (août 1911), à Amiens, M. Haury s'est efforcé d'en montrer tout l'intérêt, en rapprochant tous les états mentaux qui peuvent

se traduire socialement par de la paresse. Et, dans un travail publié dans les *Archives de Lacassagne* (juillet-août et septembre-octobre 1913), il a, depuis, fait voir en détail combien de paresseux étaient des malades de tous les genres et de toutes les gravités, d'où la nécessité d'étudier un à un tous les éléments constitutifs de la collectivité.

Je dois parler aussi du livre de M. Haury sur les anormaux et les malades mentaux au régiment, volume in-8° de 376 pages couronné par l'Académie de Médecine (prix Henri Lorquet 1913). Cet ouvrage, que vous connaissez tous, a pour but de servir de guide pour l'examen des individus atteints de troubles mentaux ou de tares psychopathiques. C'est un traité de psychiatrie destiné aux médecins militaires, et, à ce titre déjà, il comble une lacune et il est d'une incontestable utilité.

Je dois dire, cependant, que dans cette matière comme en beaucoup d'autres, la guerre actuelle aura été pour nous féconde en enseignements.

C'est ainsi que pour les déséquilibrés instables à instincts pervers, je ne saurais, à l'heure actuelle, me montrer aussi absolu que je l'étais autrefois sur la nécessité de les éliminer de l'armée.

Ici, comme partout ailleurs, il s'agit d'une question d'espèces et il importe de ne pas édicter de règles générales, mais plutôt de juger chaque cas en particulier. J'ai actuellement au front un certain nombre de mes anciens malades qui se sont vaillamment comportés. Certains d'entre eux se sont évadés de l'asile, en août 1914, pour contracter un engagement. Je me hâte d'ajouter de suite que c'est le petit nombre.

Par contre, il m'est arrivé de recevoir à la section militaire certains de ces instables déséquilibrés, pervers, alcooliques violents, dont le maintien dans les troupes métropolitaines était devenu impossible par suite du désordre qu'ils apportaient au milieu de leurs camarades, de leurs actes d'indiscipline et de la crainte qu'ils inspiraient aux officiers.

Lorsqu'il s'agit de statuer sur le cas de ces individus au point de vue de la réforme ou de leur utilisation militaire, je suis souvent fort embarrassé. Il ne faut pas oublier, en effet, que nous avons besoin de tous les

hommes disponibles, aussi j'ai pour habitude d'indiquer que, si ces antisociaux sont inutilisables dans les troupes métropolitaines, il serait cependant légitime de les envoyer servir, au Maroc ou ailleurs, à leurs risques et périls, au cas où leur indiscipline les rendrait passibles de la répression sommaire qu'il est d'usage d'appliquer en temps de guerre.

Je ne veux pas m'étendre sur ce sujet, qui m'entraînerait beaucoup trop loin. Il est encore un point cependant sur lequel j'attire votre attention, c'est la facilité avec laquelle on réforme dans certains endroits les épileptiques à accès espacés. Ici encore, nous pourrions imiter les Allemands ; ceux-ci, d'après ce que j'ai appris de notre collègue Marchand, qui, vous le savez, fut prisonnier en Allemagne, utilisent ces malades dans les formations sanitaires pour le nettoyage et les soins de propreté.

Vous le voyez, messieurs, les sujets d'étude qui se rattachent à notre spécialité ne manquent pas dans la crise terrible que nous traversons. C'est pourquoi nous serons très heureux d'avoir pour collaborateur M. le Dr Haury, à qui votre commission vous propose d'accorder le titre de membre correspondant.

M. Haury est élu membre correspondant de la Société, à l'unanimité des membres présents.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, le Dr Arrigo Tamburini ayant demandé à faire partie de la Société médico-psychologique en qualité de membre associé étranger, vous avez confié l'examen de ses titres et travaux scientifiques à une Commission composée de MM. Briand, Pactet et Semelaigne. Je suis heureux d'avoir été choisi comme rapporteur, car le nom de Tamburini, célèbre en médecine mentale, figure déjà depuis trente-huit ans sur la liste de nos membres associés. Ce nom seul appelle notre sympathie sur celui qui le porte ; mais le Dr Arrigo Tamburini a su ajouter d'autres titres à ceux conférés par la naissance. « J'ai, disait le fils du grand Pinel, un nom à justifier. » Comme lui, le fils du professeur Tamburini s'est souvenu du vieil adage : noblesse oblige ; et il s'est créé, dans les milieux scientifiques, une situation personnelle. Médecin du manicomme d'Ancône, il a publié de nom-

breux et intéressants travaux, dont la plupart ont paru dans la *Revue expérimentale de Phrénatrie et de Médecine légale*. Je ne puis vous en donner ici un résumé même succinct, car j'estime que le principal mérite d'un rapport consiste dans sa brièveté; je veux pourtant vous signaler un travail publié en 1901 et intitulé : *Psychose catatonique aiguë et psychose maniaque dépressive catatonique*. L'auteur émet l'avis que la démence précoce vraie n'est pas susceptible de guérison, et que dans les cas de guérison cités, il s'agit d'autres formes morbides pouvant présenter les mêmes symptômes. Quant à la psychose maniaque dépressive, dont on s'est efforcé d'étendre les bornes de manière à y englober toutes les psychoses fonctionnelles, il pense qu'un jour viendra, peut-être proche, où nous la verrons ramenée à des limites plus modestes.

Ce sera sans doute un sujet d'étonnement pour nos descendants de constater l'engouement subit provoqué en ces dernières années par la psychose maniaque dépressive, affection soi-disant de description récente. Pourtant, sans remonter à Arétée et Alexandre de Tralles, qui considéraient la mélancolie comme le commencement et une simple modification de la manie, l'affinité entre les états d'excitation et de dépression a été signalée par de nombreux auteurs. Parmi eux, puisque ce rapport est consacré à un médecin italien, je citerai un professeur illustre appelé par le pape Clément XI à occuper une chaire au collège de Sapience. Mais Baglivi était un modeste et, notant la similitude de la manie et de la mélancolie, il s'empressait d'ajouter : « *ut observavit Dodonaeus vir doctissimus.* » Plus tard, en 1833, un aliéniste français écrivait : « Il n'est plus permis de regarder ce qu'on appelle manie, mélancolie, démence, comme trois affections différentes, mais comme trois périodes de la même maladie, périodes qui cependant embrassent toujours un espace de temps considérable (1). » Après avoir lu ces lignes, on peut s'étonner que des aliénistes distingués, zélés en France de la doctrine soi-disant nouvelle, aient avancé

(1) *Physiologie de l'homme aliéné*, par Scipion Pinel. Paris, 1833, p. 113.

qu'aucun manigraphe n'avait songé à rapprocher et fondre dans une même espèce morbide les états maniaques et mélancoliques. Mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur un tel sujet. Si j'ai tenu à rapprocher les noms de Dodoens, de Baglivi et de Scipion Pinel, c'est surtout pour associer en une même pensée un Belge, un Italien et un Français.

Messieurs, votre Commission vous prie de continuer la tradition et d'accueillir parmi nous, en qualité de membre associé étranger, le D^r Arrigo Tamburini.

M. Arrigo Tamburini est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

Un cas de gomme syphilitique du noyau lenticulaire. Troubles somatiques et état mental,

par MM. LWOFF et RENÉ TARGOWLA.

M^{lle} Bes., (Françoise), âgée de trente-neuf ans, est arrêtée en août 1915, dans un bureau de poste « pour avoir frappé une femme qu'elle ne connaissait pas et qu'elle accusait de la rendre malade ». (Certificat du D^r Rogues de Fursac.)

Ce certificat mentionne l'existence d'un délire d'influence avec troubles de la sensibilité générale. M^{lle} Bes... déclare que « des inconnus lui donnent des maux de tête, agissent sur ses organes, l'aveuglent, la font tomber. » Elle résiste à l'examen physique et on ne peut que noter la dysarthrie.

A son arrivée à l'asile de Ville-Evrard, elle s'est un peu calmée; l'examen est plus facile, et le D^r Truelle rédige le certificat suivant (1) : « Léger affaiblissement intellectuel avec conscience incomplète de sa situation; idées de persécution sans systématisation à base d'interprétations.

« Troubles pupillaires. Dysarthrie. Tremblement des lèvres. Déviation de la langue; hémiparésie faciale gauche. Exagération des réflexes rotuliens. Exophtalmie », certificat qui résume l'état de la malade à la date du 15 août 1915.

L'examen somatique révèle une paralysie du facial inférieur gauche très nette; les rides, le sillon naso-labial sont effacés, la joue est flasque, l'hypotonie musculaire marquée. La com-

(1) Nous remercions M. le D^r Truelle, qui avait suivi la malade pendant quelque temps, d'avoir bien voulu mettre ses notes à notre disposition.

missure labiale droite et la pointe du nez sont tirées vers la droite. La bouche ouverte présente la déviation oblique ovale à petite extrémité gauche; enfin, la langue est déviée du côté paralysé et est le siège d'une légère trémulation.

La participation du facial supérieur est indiquée par le signe de l'orbiculaire, avec la modalité suivante: la malade peut fermer séparément l'œil gauche, mais, les deux yeux étant clos, elle ne peut l'ouvrir seul. Au membre supérieur gauche, on constate une légère atrophie des petits muscles de la main, sans paralysie d'aucun groupe. Les réflexes tendineux sont exagérés au poignet et au coude.

Le réflexe cutané palmaire, décrit récemment par Pierre Marie et Foix (1), se fait en adduction (à droite, on détermine l'abduction). Il existe, de plus, une diminution appréciable de la force musculaire.

L'atrophie est un peu plus marquée au membre inférieur. On trouve, en outre, une surréflexivité tendineuse diffuse, plus intense à gauche, où la percussion du tendon rotulien détermine un contra-latéral des adducteurs très apparent. Le signe de Babinski est positif du même côté; sa recherche détermine le phénomène des raccourcisseurs de P. Marie et Foix, qui, à droite, n'est qu'à peine ébauché. De plus, on provoque facilement à gauche le clonus du pied et le phénomène de la rotule. Dans les dernières semaines, l'alitement presque continu avait accentué l'équinisme déjà existant du pied, auquel s'ajoutait un léger genu recurvatum, traduisant l'atteinte des fléchisseurs. La marche s'effectuait suivant le mode observé par Lamy quand il y a hypotonie, avec un ressaut au moment de la verticale du côté paralysé.

Les réflexes cutanés abdominaux, peu intenses à droite, n'existaient pas à gauche.

Il s'agit donc là d'une hémiplégie par lésion d'un hémisphère, affectant la forme peu fréquente de l'hémiplégie flasque. Elle présente deux particularités importantes pour le diagnostic, qu'il convient de signaler:

1° Elle a une évolution progressive. C'est ainsi qu'on a signalé au début une simple « hémiparésie faciale », tant les autres symptômes étaient peu frappants; le signe de l'orbiculaire s'est accentué: la malade ne pouvant plus ouvrir ni fermer les yeux séparément; les troubles de la marche se sont accusés, en même temps que la percussion du tendon rotulien provoquait la trépidation épileptoïde du pied, etc.

2° Un tremblement intentionnel, plus marqué à droite, siégeant aux membres scapulaires sans intéresser les membres

(1) *Société de Neurologie*, 3 juin 1915.

inférieurs s'associe à l'hémiplégie. C'est un tremblement à grandes oscillations, de fréquence assez variable, apparaissant au cours des mouvements de la main et du bras et conservant à peu près la même amplitude pendant tout le mouvement. Il se traduit bien par les modifications de l'écriture. Celle-ci répond sensiblement au type décrit par M. Rogues de Fursac (1) dans la névrose trémulante associée à une lésion organique du cerveau. Les troubles de l'attention et l'indifférence, le degré de culture du sujet rendent compte des rares mots oubliés, de l'absence complète de ponctuation, des fautes de grammaire et de la simplification de l'orthographe; la liaison des mots est parfois défectueuse. La calligraphie est également altérée: l'écriture est lente et appuyée, couchée, irrégulière, « pseudo-ataxique », répondant au tremblement, assez gros, d'amplitude, de fréquence et d'intensité irrégulièrement variables. Quand la malade s'applique (en tenant compte de son manque d'habitude), la forme générale des lettres est assez bien conservée, mais l'écriture courante devient rapidement illisible (V. « physiquement », fig. 1). L'aspect général de l'écrit est malpropre.

Coexistant avec ce tremblement, il convient d'indiquer une trémulation légère de la langue et des secousses labiales, des hémisaccades localisées au pourtour des lèvres du côté droit non paralysé, survenant au cours des mouvements de la parole.

A ces symptômes s'ajoutent des troubles de l'élocution consistant en quelques achoppements aux mots d'épreuves, une lecture hésitante, monotone, une parole un peu saccadée et explosive, de la difficulté à prononcer certaines consonnes, telles que *p*, *b*, *t*.

On note encore de l'exophtalmie plus accentuée à gauche, un ptosis ayant duré quelques jours et un syndrome pupillaire: inégalité en faveur de la pupille droite avec signe d'Argyll-Robertson (abolition des réflexes lumineux, direct et consensuel, et persistance de l'accommodation). La mort subite de la malade nous a privés de l'examen du fond de l'œil.

Le cœur, les poumons, le foie n'offraient rien d'anormal à l'examen clinique. Il n'y avait ni sucre, ni albumine dans l'urine. Les règles étaient abondantes et régulières.

L'oscillomètre de Pachon indiquait 13 comme tension artérielle maxima, 8 comme pression minima.

D'autre part, elle présentait des troubles de la digestion marqués par un état saburral des premières voies digestives, la fétidité de l'haleine, une constipation opiniâtre et des nausées qui l'incommodaient fort; quelques vomissements.

(1) J. Rogues de Fursac. *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*. Masson, 1905.

On relève, dans ses antécédents, la syphilis en 1907 : angine, alopécie transitoire, roséole, céphalée nocturne, et qui paraît avoir été assez légèrement traitée. Un Wassermann pratiqué quelques semaines avant la mort s'est montré positif.

En 1910, elle paraît avoir eu un ictus, sans perte de connaissance, ictus résolutif, ayant déterminé des troubles passagers de l'équilibration et de la parole.

Depuis un an ou deux, elle souffrait de maux de tête diurnes et nocturnes, incessants, irréductibles, d'étouffements, d'un

marasme de force que je vois
ici physiquement de
puis l'antenne

28 vendredi 1915
Bes

FIG. 1. — Écriture de M^{lle} Bes... à son entrée (réduction d'un tiers).

Remarquer que le tremblement, considérable, a lieu dans tous les sens : vertical (y, s de physiquement, u de depuis); horizontal (i de ici, r de vendredi); les boucles des lettres sont remplacées par des angles. Noter la difficulté qu'a eu la malade à mettre un point sur l'i de ici (trois fois la plume s'est appesantie sur le papier et, la dernière fois, elle a en une échappée vers le haut), à tracer l'u de depuis; le point sur l'i de ce mot est remplacé par un petit trait oblique qui a dépassé en haut et en bas l'endroit où la plume s'était primitivement posée. L'écriture est véritablement ataxique.

malaise général. Elle avait des insomnies fréquentes et des cauchemars, quelques rares vertiges.

Examen mental. — A son entrée, M^{lle} Bes... n'est nullement désorientée, et elle ne le sera jamais. La mémoire des faits anciens est bonne, mais il existe un notable défaut de fixation; c'est ainsi qu'elle est absolument incapable de résumer une courte lecture qu'elle vient de faire, incapable même de se souvenir de la fin d'une phrase qu'on lui a dictée : « Le conseil des ministres sera convoqué demain vendredi », elle écrit : « Le conseil des magistrats », et ne peut aller plus loin, elle ne se rappelle plus. De plus, ce fait montre qu'il y a, à la base,

un affaiblissement de l'attention spontanée, tel, par exemple, que la malade ne s'est jamais aperçue de sa paralysie faciale et qu'elle la nie. Par contre, l'attention volontaire, le raisonnement sont conservés. On lui donne à faire une addition : elle hésite, ne sait si elle va commencer à droite ou à gauche, mais finalement la fait correctement. Sa tenue, correcte au début, s'est peu à peu modifiée et elle est devenue progressivement indifférente aux choses de la toilette. Cependant, lorsqu'on insiste sur la nécessité des soins de la bouche pendant le traitement hydrargyrique, elle se conforme très bien aux indications qu'on lui donne — sous la surveillance, il est vrai, de l'infirmière. Elle est, du reste, extrêmement docile.

Elle est lucide, malgré une grande lenteur dans l'idéation, le nombre restreint de ses idées et son jugement en partie déficient.

On retrouve ici une dissociation parallèle à celle de la mémoire et de l'attention. La malade reste capable d'efforts intellectuels au cours desquels le jugement apparaît à peu près indemne ; seul est troublé le jugement en rapport avec l'activité spontanée de l'intelligence. C'est à ce trouble en particulier, qu'il convient de rapporter le délire d'allure épisodique que nous décrirons dans un instant.

Sa mentalité est puérile : elle termine ainsi une lettre dans laquelle elle demande sa sortie : « enfin, j'attends que vous me renvoyez chez moi ; sûrement je n'irai plus pousser personne pour qu'on me renvoie. » Elle se sert en parlant, d'expressions enfantines, débitées d'un ton affecté. Elle désigne celles qui lui font du mal de la façon suivante : « Ces méchantes..., ces mauvaises... »

Au point de vue affectif, elle se montre généralement indifférente avec quelques accès rares de sensiblerie.

L'activité automatique est entièrement conservée.

En somme, il s'agit là des troubles bruyants, mais sans atteinte profonde de l'intelligence, qui constituent l'affaiblissement partiel des facultés qu'a caractérisé l'un de nous (1) dans les lésions circonscrites.

Avec ce syndrome coexistent des idées de persécution, constituant un délire pauvre, flou, mal systématisé, délire d'influence basé sur l'interprétation de sensations subjectives dues à la lésion cérébrale : on lui fait, par exemple, des tiraillements sur la face, on lui rend la bouche amère. Depuis longtemps, les personnes assises à côté d'elle, sur les bancs des boulevards, lui envoyaient des maux de tête ; au restaurant, on la faisait trem-

(1) Lw. ff. Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. *Thèse de Paris*, 1890.

bler, on troublait ses digestions; on la suivait partout où elle allait. Dans la rue, on l'a insultée (mais c'est vraisemblablement là un fait réel, rattaché par la malade à son délire).

Depuis un an, tout le monde lui fait du mal; quand elle était dehors, ses compagnes la faisaient souffrir sans qu'elle sût pourquoi. Ici et à Sainte-Anne, ce sont les malades.

Ces interprétations ont provoqué diverses réactions anormales: plainte au « chef de la police des mœurs » dont relevait la malade, claustration volontaire pendant un mois, car « chez elle on la laissait tranquille », violences, enfin, qui ont amené l'internement et qu'elle raconte ainsi dans une lettre où elle se plaint et demande sa liberté: « ... Une femme se trouvait derrière moi (au bureau de poste), me faisait trembler. Je l'ai giflée. Elle est allée chercher un agent qui m'a emmenée au commissariat, puis ensuite m'ont fait conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Monsieur, je me plains bien de ces gens-là qui viennent partout me déranger dans mes affaires et qui m'ont rendue si malade et qui, encore aujourd'hui, me font souffrir du matin au soir. Car, Monsieur, cette personne qui est cause que j'ai été arrêtée à la poste est une femme comme celles qui sont enfermées avec moi. Voyez, je ne peux pas écrire en présence de ces femmes-là, elles m'empêchent. Je suis obligée d'aller écrire dans la salle à manger. Monsieur, je ne suis pas malade, mais ce sont ces gens-là qui me font souffrir. »

Alors que les symptômes physiques affectent une allure continue et progressive, le délire procède par à-coups, entrecoupé de longues périodes pendant lesquelles la malade travaille; l'affaiblissement partiel des facultés persiste seul. Le 12 octobre, elle écrit une lettre de récriminations, demande sa sortie. Pendant quelques jours elle renouvelle oralement ses plaintes, puis retombe dans son apathie. Le 13 janvier suivant, nouvelle lettre suivie de réclamations verbales persistantes. L'examen pratiqué à ce moment montre que la mémoire est encore bien conservée, au moins pour les faits d'intérêt personnel; l'attention est devenue plus difficile à fixer, mais la malade reste lucide. Elle se rend imparfaitement compte de son état; cependant, dans les dernières semaines, elle a présenté des tendances mélancoliques prédominantes et paraît avoir eu une notion assez nette de sa situation.

Le délire n'a guère varié: elle accuse les autres malades de lui donner, elle ne sait comment, des maux de tête et des maux de cœur; « avant, dit-elle, elles ne m'envoyaient que mal à la tête », témoignant ainsi, en apparence, d'une notable amnésie d'évocation, qui contraste avec la précision des souvenirs dont elle fait montre dans ses lettres. Les autres la font tellement souffrir qu'elle ne peut rester à côté d'elles et, quand elle s'éloi-

gne, elle sent bien que sa céphalée diminue. La nuit, quand elle se réveille, sa voisine de lit lui soulève le cœur par de mauvaises odeurs. Placée dans une chambre à deux lits, elle se plaint de sa nouvelle compagne qui lui donne des maux de tête, mais elle n'a aucune réaction à son égard. Demeurée seule, elle constate que ses douleurs persistent, mais n'accuse plus personne. Peu à peu son délire devient uniquement rétrospectif et même disparaît; il lui arrive de dire qu'elle « ne croit plus à ses idées ». A ce moment, elle a conscience de son état et manifeste des craintes de mort prochaine, réclame un prêtre. Elle est tout entière absorbée par ses souffrances, déprimée, « alourdie », dans la torpeur; elle présente même par moments un léger degré de confusion mentale.

Le traitement mercuriel institué n'avait pas agi sur les signes physiques. La malade restait affaiblie, vomissait assez fréquemment, sans effort; toutefois, la céphalée paraissait s'amender. Brusquement, elle succomba le 11 février, ayant présenté comme seules manifestations, une cyanose intense passagère et quelques mouvements convulsifs des mâchoires.

Autopsie trente-neuf heures après. — On trouve le cœur petit et graisseux; les ventricules sont en systole. Sur la partie juxta-cardiaque de l'aorte se voient deux taches roses d'artérite commençante, de la dimension d'une pièce d'un franc.

Les *poumons* sont congestionnés jusqu'à mi-hauteur; le poumon droit est, en outre, légèrement atelectasié.

Le *foie* est gros; ses vaisseaux sont dilatés.

La *rate* est également augmentée de volume.

Les *reins* ont un aspect congestif; leurs capsules adhèrent au parenchyme.

A l'extraction du *cerveau*, on trouve peu de liquide céphalo-rachidien. La pie-mère est légèrement épaissie; elle ne présente nulle part d'adhérence. La surface de l'écorce paraît lisse et unie; les circonvolutions sont étalées; les sillons, effacés, ont à la coupe un aspect linéaire. L'hémisphère droit bombe fortement en dehors à sa partie moyenne; il est plus volumineux que le gauche. Les artères de la base n'offrent pas d'altération macroscopique.

Après avoir séparé les deux hémisphères, on constate que la face interne de ventricule latéral droit et la paroi droite du troisième ventricule font fortement saillie dans les cavités et que toute la face ventriculaire du noyau caudé offre une teinte jaunâtre. Il existe, de plus, dans le ventricule droit, une petite quantité d'un liquide séreux, jaune citrin. On ne trouve pas de granulations épendymaires.

Coupes horizontales. — Hémisphère gauche, fortement oedématié.

Hémisphère droit : outre l'œdème, on trouve à la partie antéro-externe du noyau lenticulaire, vers la face inférieure, une tumeur irrégulièrement ovalaire, du volume d'une noix, présentant à la coupe un aspect gris-jannâtre, plus foncée à sa

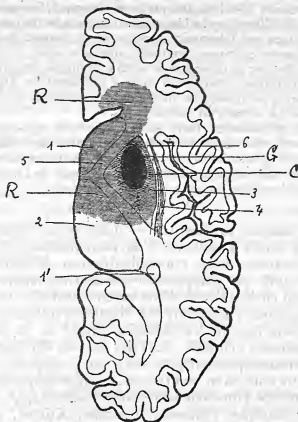


FIG. 2. — Hémisphère droit. Coupe de Flechsig. — 1. 1' : noyau caudé. 2 : couche optique. 3 : noyau lenticulaire. 4 : avant-mur. 5 : capsule interne. 6 : capsule externe. — G : gomme. C : coque de la gomme. R : Ramollissement secondaire.

partie centrale et entourée d'une coque grisâtre, gélatiniforme : vraisemblablement une gomme.

Un vaste ramollissement blanchâtre entoure la tumeur, s'étendant au corps opto-strié et à la région de la couronne rayonnante, mais n'intéresse pas l'écorce.

Un ramollissement rouge, du volume d'une petite noisette, occupe la partie inférieure droite de la protubérance et la por-

tion voisine du bulbe, où il empiète légèrement sur la ligne médiane. Il s'arrête, en bas, au-dessus de la décussation des pyramides, en avant de l'olive.

Il n'est pas possible de déterminer macroscopiquement quel est le vaisseau atteint.

L'examen histologique, que nous devons à l'obligeance de M. le D^r Klippel, qui a bien voulu faire faire les coupes nécessaires dans son laboratoire, montre que la tumeur était bien une gomme : stroma conjonctif alvéolaire avec infiltration embryonnaire ; prolifération de la tunique interne des vaisseaux avec infiltration considérable endo et périvasculaire. Dans une des coupes on trouve, au voisinage d'un vaisseau, une cellule géante. Le centre n'est pas caséifié.

Le ramollissement bulbo-protubérantiel est signé par les lésions vasculaires de la vérole ; prolifération des cellules de l'intima et grosse infiltration lymphoïde autour des vaisseaux ; sur l'une des coupes également, au voisinage de l'un d'eux, une cellule géante unique confirme le diagnostic.

En somme, la nécropsie — bien qu'incomplète — nous a révélé l'existence d'un ramollissement bulbo-protubérantiel ayant vraisemblablement déterminé la mort subite par compression des centres bulbaires et arrêt du cœur, et celle d'une gomme centrale siégeant dans le noyau lenticulaire. Le diagnostic microscopique s'imposait pour la détermination exacte de la nature du néoplasme ; en effet, dans des cas pris cliniquement et macroscopiquement pour des gommages encéphaliques, plusieurs auteurs se sont trouvés, au microscope, devant des tumeurs d'une tout autre nature (sarcome, gliome).

Les classiques (Brissand, Fournier, Klippel, Dieulafoy, etc.) s'accordent à considérer la localisation profonde des syphilomes cérébraux comme exceptionnelle. Déjà en 1748, Lazerme disait que la gomme, fréquente dans les méninges, pouvait même atteindre le cerveau. Selon Fournier, les gommages périphériques seraient trois fois plus fréquentes que les gommages centrales. Brissand et Souques (1) opposent, par la fréquence, ces dernières aux gommages d'origine méningée ; ils en rapportent onze cas, en y comprenant le cas unique d'encé-

(1) Brissand et Souques. Tumeurs cérébrales, in *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*.

phalite gommeuse diffusée de MM. Klippel et Pactet (1), parmi lesquels un seul, celui d'Hérard, a trait au corps strié. Cependant, M. Klippel (2), en 1901, avait cité trois observations de gommages du noyau strié (cas de Cullerier, d'Hérard et de Ferréol).

Duret (3), dans son important ouvrage, se reportant au travail d'Herber (4), donne des chiffres intéressants : Herber, en effet, a rapporté dix-huit cas de gommages corticales et quatorze cas de gommages profondes (il exclut les gommages de la base) ; cette proportion diffère sensiblement de celle donnée par Fournier. Parmi ces tumeurs, les plus fréquentes sont celles de la région frontale (dix cas sur trente-neuf, soit plus du quart) et celles du corps strié (huit cas sur trente-neuf, soit 20,5 p. 100) ; ces dernières se rencontrent le plus souvent dans le noyau lenticulaire. A notre connaissance, il existe dans la littérature médicale, treize cas de gommages du corps strié (auxquels viendra s'ajouter celui que nous rapportons aujourd'hui) et six se rapportent au noyau lenticulaire.

Quant à la proportion des syphilomes, par rapport aux autres tumeurs de l'encéphale, elle est de 7 p. 100, d'après Schuster (5). La statistique d'Allen Starr rapportée par Auvray (6) donne des chiffres peu différents.

Rappelons ici, au point de vue anatomo-pathologique et sans vouloir les discuter, les deux remarques suivantes d'Herber (7) :

1° « Le ramollissement n'a jamais été signalé dans aucune de nos observations de gommages des ganglions ; il était particulièrement remarquable dans toutes les lésions périphériques ;

2° « L'œdème cérébral est rarement signalé ».

(1) Klippel et Pactet. *Bulletin de la Société anatomique*, 1893.

(2) Klippel, art. : Syphilis cérébrale in *Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert*.

(3) Duret. *Les tumeurs de l'encéphale : manifestations et chirurgie*. Alcan, 1905.

(4) Herber. De l'évolution clinique de la gomme cérébrale circonscrite. *Thèse de Paris*, 1900.

(5) In *Thèse Levassort*. Paris, 1913.

(6) *Thèse de Paris*, 1896.

(7) Herber. *Loc. cit.*

Ces deux processus étaient particulièrement intenses dans notre cas et peut-être en rapport, pour le premier tout au moins, avec le développement de la tumeur vers la base (compression des vaisseaux).

Bien que notre tumeur fût d'une grande richesse symptomatique, la localisation en était incertaine. C'est d'ailleurs ce qui se présente presque toujours quand le néoplasme siège dans le noyau lenticulaire.

Parfois la tumeur reste absolument latente (tels sont les cas déjà anciens de Lange, Rondot, Bramwell); dans un cas de Runkiwitz, on n'avait noté que de l'hypéralgésie à la période terminale.

Ces cas sont l'exception, mais les manifestations cliniques peuvent être plus ou moins tardives.

L'habitus de notre malade et ses antécédents imposaient tout d'abord la distinction, facile, avec la paralysie générale. Les troubles mentaux que caractérisaient l'absence de démence, joints aux caractères particuliers de la dysarthrie, à la persistance des troubles délirants, à l'hémiplégie totale et persistante, au syndrome des tumeurs (1), à l'évolution, permettaient de l'éliminer. Les troubles pupillaires, sur la valeur desquels ont bien insisté Babinski et Charpentier (2), autorisaient alors le diagnostic de syphilis cérébrale, confirmé par les symptômes généraux. Il est vrai que ces signes ont été signalés dans des tumeurs encéphaliques (Géraudel, Scarpoletti, Masing) dont nous n'avons pu connaître la nature. Quoi qu'il en soit, la notion d'un ptosis transitoire, l'évolution par poussées successives, l'ictus, les antécédents, l'hémiplégie organique sans lésion cardiaque, etc., tranchaient la question sans conteste. Avec les signes surajoutés : obnubilation, puérilisme mental, céphalée fronto-pariétale persistante, vomissements et troubles digestifs, symptômes de foyer, le diagnostic de tumeur gommeuse paraissait le plus vraisemblable et l'hémiplégie gauche permettait de la localiser dans l'hémisphère droit.

Parmi les symptômes qu'a présentés Bes..., nous pou-

(1) Duret. *Op. cit.*

(2) *Société de dermatologie*, 13 juillet 1899, et *Société médicale des Hôpitaux*, 17 mai 1901.

vons isoler la céphalée, les nausées et la constipation, qui constituent le « trépied méningitique ». Herber (1) a montré que le début à forme méningée est fréquent dans les syphilomes périphériques. Chez notre malade, le trépied s'est constitué progressivement et s'est maintenu d'une façon persistante; elle mérite d'être rapprochée des cas d'Olivier Moore (2) (corps strié) et d'Hérard (3) (noyau lenticulaire) dans lesquels ce syndrome fut, comme dans le nôtre, tenace et intense. Dans ces cas, la gomme s'était développée vers la base, comprimant et irritant les méninges. Il semble donc que l'on puisse voir, dans cette triade symptomatique, une indication de niveau.

L'hémiplégie doit nous arrêter un instant. Duret (4) observe que, dans les tumeurs des noyaux gris centraux, elle est, quand elle existe, lentement progressive, survient sans ictus et s'accompagne rapidement de contracture. Herber, pour les gommès, avait également signalé le début insidieux de la paralysie. C'est le plus commun; mais il peut aussi être marqué par un ictus (cas de Trékaki (5), Andry (6), etc.); l'hémiparésie est alors plus accentuée. Il convient de noter que, dans notre cas, il y a eu un ictus, mais que l'hémiplégie ne s'est pas installée d'emblée définitive.

Il semble, en effet, que chez notre malade, la paralysie ait rétrocedé et que l'on soit autorisé à considérer l'hémiplégie définitive, apparue environ deux ans plus tard, comme due au ramollissement secondaire. L'ictus était un ictus résolutif, sans perte de connaissance, avec tendance à la chute du côté paralysé, et suivi d'accidents transitoires tels qu'on en a décrits dans la spécificité cérébrale. D'autre part, on ne trouvait pas de contracture appréciable cinq ans après l'ictus, deux ou trois

(1) Herber. *Loc. cit.*

(2) O. Moore. *New-York medical journal* 1886, p. 496.

(3) Hérard in Lancereaux et Gros. *Affections nerveuses syphilitiques*, 1859.

(4) Duret. *Op. cit.*

(5) Trékaki. *Bulletin de la Société anatomique*, 1890, p. 245, et *Thèse Herber*.

(6) Andry. Deux cas mortels de syphilis cérébrale, *Lyon médical*, vol. 66, p. 228.

ans, en tout cas, après le début perçû des accidents paralytiques définitifs (tiraillements sur la face). Par contre, il existait de l'hypotonie que traduisaient, au niveau des lèvres : les secousses musculaires du côté sain, au membre inférieur : le *genu recurvatum*, l'équinisme du pied et les troubles de la démarche. Nous avons déjà insisté sur la marche progressive des troubles moteurs chez B... Elle ne s'est distinguée, en somme, des cas classiques, que par l'hypotonie.

L'absence de crise convulsive, le caractère de l'hémiplégie nous permettaient de rejeter l'hypothèse d'une lésion du cortex.

Par contre, des crises épileptiques sont mentionnées dans les observations d'Hérard et d'Audry, relatives à des syphilomes du noyau lenticulaire. C'est un signe de localisation dont on doit se méfier dans la syphilis du cerveau. En outre, l'hypoesthésie du côté paralysé indiquait la participation du bras postérieur de la capsule interne; nous n'avons retrouvé ce phénomène que dans un seul cas, celui de Rosenthal (1).

Les troubles dysarthriques, la scansion des syllabes — indépendants de la glossoparésie — pourraient être attribués à la localisation dans le putamen, mais les lésions du genou de la capsule interne peuvent également déterminer ces symptômes. Herber remarque que les tumeurs du noyau lenticulaire n'ont jamais donné lieu à la paralysie pseudo-bulbaire; tout au plus, Audry (2) a-t-il vu « de l'anarthrie, des larmes fréquentes », Löbel (3) « l'aspect de souffrance des deux moitiés du visage ». Notre observation ne présente guère de ce syndrome que les troubles dysarthriques. Toutefois Cornil et Raviart (4) ont vu la symptomatologie pseudo-bulbaire s'accompagnant d'hémiplégie déterminée par le ramollissement unilatéral du noyau lenticulaire, sans lésion de la capsule. D'autre part, Duret (5) a cité, d'après Oppenheim surtout, de nom-

(1) In *Thèse Herber*, 1900.

(2) Audry. *Loc. cit.*

(3) Löbel. In *Thèse Herber*, 1900.

(4) Cornil et Raviart. *Revue neurologique*, 1897, p. 279.

(5) Duret. *Op. cit.*

breuses observations dans lesquelles le tremblement traduisait une lésion, le plus souvent ancienne, du thalamus. Chez notre malade, il siégeait aux membres supérieurs (la trémulation de la langue n'avait peut-être pas la même origine) et était apparemment en rapport avec le ramollissement secondaire. Cependant l'hypothèse d'une association de la névrose trémulante à la lésion organique n'était pas invraisemblable cliniquement. On n'a pas noté de signe du syndrome thalamique. L'hémitremblement des lèvres du côté sain relève plutôt d'une sorte d'incoordination due à la suppression de l'action des muscles antagonistes. C'est un phénomène analogue qu'a signalé l'un de nous (1) du côté paralysé quand il y a contracture. Dans ce dernier cas, l'hypertonie est telle que l'action opposée devient négligeable et qu'il peut se produire au pourtour des lèvres du côté malade les secousses que nous avons notées ici du côté sain, où elles témoignent au contraire de l'hypotonie des muscles paralysés.

En résumé, l'étude symptomatologique permettait de penser à un syphilome cérébral localisé dans les ganglions infra-corticaux de l'hémisphère droit, au voisinage de la base. Les faisceaux moteurs et sensitifs de la capsule interne, le thalamus, avaient été intéressés, mais la marche de l'hémiplégie, les symptômes thalamiques réduits étaient plutôt en faveur d'une lésion à distance; le noyan caudé était muet. On pouvait donc penser à une atteinte du noyan lenticulaire, étant donnés aussi la fréquence relative des gomme à ce niveau et les troubles dysarthriques. Cette localisation n'avait pas été faite; elle reste basée en pratique à la fois sur une discrimination très difficile des symptômes et sur leur interprétation des plus fragiles.

Si, maintenant, on envisage les troubles mentaux, on se rend compte rapidement de leur faible valeur diagnostique. Ils réalisent un bel exemple des manifestations psychiques des lésions circonscrites qu'a étudiées autrefois l'un de nous (2), et peut-être sont-ils plus en rapport avec le ramollissement qu'avec la gomme.

(1) Lwoff. *Loc. cit.*

(2) Lwoff. *Loc. cit.*

Ils constituent une diminution partielle de l'intelligence qui s'oppose, pour le diagnostic différentiel, à l'affaiblissement global de la démence paralytique, par exemple. Cette diminution est caractérisée essentiellement par la paralysie de l'attention spontanée qui conditionne les autres manifestations : amnésie de fixation et d'évocation, erreurs du jugement, lenteur de l'idéation (en partie, tout au moins). On a rapporté des cas de tumeur dans lesquels la mémoire était en grande partie détruite; chez notre malade, il s'agissait surtout d'une amnésie fonctionnelle, sans lésion destructive de la mémoire, au moins sans lésion très profonde. Il n'est pas jusqu'au délire qui ne paraisse, en partie du moins, dépendant de ces phénomènes puisque, dans certains moments de lucidité, sous l'influence d'un effort intellectuel, il peut être rectifié. Les sentiments affectifs eux-mêmes engourdis, reparaissent dès que l'activité psychique est réveillée. En somme, le phénomène fondamental est l'inhibition des processus intellectuels spontanés.

Au contraire, l'attention volontaire apparaît normale, ou à peu près si l'excitation qui peut, du reste, venir du sujet lui-même, est assez forte. En même temps qu'elle, reparaissent le raisonnement, le jugement, l'affectivité. L'orientation est remarquable.

Nous insisterons de nouveau sur les modifications de la mémoire qui permettent de se rendre compte de la nature de ces troubles : dès que l'attention est éveillée, on peut constater la quasi-intégrité de la mémoire de conservation en même temps qu'on voit disparaître l'amnésie de reproduction; même la fixation des souvenirs est bien moins lésée en réalité qu'en apparence. Ce processus, ici particulièrement net, se retrouve identique dans les altérations des autres facultés, et l'on peut dire de l'intelligence et de l'affectivité, ce que nous disions de la mémoire : qu'il s'agit bien moins d'une lésion destructive que d'un trouble fonctionnel, — celui-ci entraînant d'ailleurs avec lui un déficit relativement léger, mais réel.

En résumé, les manifestations spontanées de l'intelligence sont réduites au minimum, tandis que l'activité volontaire, bien que difficile à mettre en branle, est à peu près intacte.

L'automatisme, comme l'avaient déjà signalé MM. Dupré et Devaux (1), est absolument normal.

L'obnubilation, l'inhibition intellectuelle et affective, et la torpeur physique, font partie de la symptomatologie fonctionnelle des tumeurs. Mais, dans notre cas, tout au moins, il faut, semble-t-il, faire la part de la lésion en foyer.

Un autre symptôme des tumeurs que nous avons relevé est « le caractère enfantin, puéril des réactions psychiques » — d'ailleurs variable chez notre malade — qu'ont mis en relief MM. Dupré et Devaux, dont nous rappelons les termes, et qu'avait déjà signalé Brissaud (2). Ce phénomène nous paraît devoir être rapproché de ce qui se passe dans certaines maladies fébriles ou cachectisantes, qui abattent et débilitent le malade; celui-ci est « comme un enfant » : c'est un fait d'observation vulgaire.

Nous devons remarquer, en outre, que dans nombre d'observations d'hémiplégies par hémorragie ou ramollissement, la puérilité des réactions du caractère a été relevée. On en rencontre notamment plusieurs exemples dans la thèse de M. Benon (3), faite en partie dans le service de l'un de nous. Il semble donc que dans les affections du cerveau, on doive considérer le puérilisme mental non seulement comme un signe de tumeur ou d'abcès mais, d'une façon plus générale, comme une manifestation des lésions grossières de l'encéphale. Il relève manifestement de l'affaiblissement intellectuel, et il ne paraît pas invraisemblable que l'intoxication de la cellule cérébrale joue un rôle dans sa genèse (Dupré et Devaux).

D'autre part, notre malade, à côté de l'affaiblissement partiel de son intelligence, présente un syndrome de perversion intellectuelle, association déjà notée par Benon chez presque tous ses hémiplégiques. Il est

(1) Dupré et Devaux. Tumeurs cérébrales. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901.

(2) Brissaud. Art. Tumeurs cérébrales. In *Traité de médecine*, t. VI.

(3) Benon. Les troubles psychiques chez les hémiplégiques organiques internés. *Thèse de Paris*, 1905.

constitué par des interprétations délirantes et des idées de persécution dont les réactions ont motivé l'internement. Ce délire paraît avoir eu un début brusque coïncidant avec l'ictus primordial, c'est-à-dire, en somme, avec les premières manifestations de la syphilis cérébrale : un matin que la malade prenait son café au lait, qui était tourné et trop chaud, dit-elle, elle ressentit tout à coup un violent mal de tête et il lui parut qu'elle enflait. Elle s'alla regarder dans la glace, mais ne vit rien d'anormal. C'est alors qu'elle comprit qu'elle était empoisonnée et se précipita chez la concierge, réclamant de l'aide. Celle-ci la conduisit à l'hôpital, où elle resta quelques jours. Là, elle voulait toujours parler du poison mais, sans doute pour qu'elle se taise, on lui rendait la parole très difficile, si bien qu'elle devait se reprendre à plusieurs fois pour dire quelque chose.

La malade nous explique elle-même la genèse de cette interprétation : elle habitait le sixième étage, et pour ne pas descendre trop souvent, elle faisait toutes ses provisions à la fois, laissait son pain, son broc à eau dans la cour pendant qu'elle allait chez les fournisseurs. Son ami lui avait dit qu'on pourrait bien « mettre quelque chose » dans son eau, mais elle ne le croyait pas, et effectivement on ne lui avait jamais rien fait ; « c'est ce jour-là que ça a commencé. »

Que vaut cette version de l'ictus ? Il est possible qu'elle ait été établie *a posteriori* car, à deux autres reprises, elle l'a raconté sans dire un mot de ce commentaire, le qualifiant notamment, une fois, de « syncope ». Il se peut aussi que les troubles délirants aient régressé parallèlement aux manifestations somatiques consécutives à l'ictus qui semblent bien s'être rapidement amendées. Ils auraient constitué ainsi la première bouffée du délire, analogue à celles que nous avons observées plus tard, à la période d'état. Nous ne connaissons rien des antécédents personnels, collatéraux ou héréditaires de Bes... (sinon que son père est mort hémiplegique), et nous ne savons si le délire a réellement commencé à cette époque ou si la malade avait présenté antérieurement des symptômes mentaux. Cependant ses réponses semblent impliquer le début brusque avec l'ictus, puisqu'elle dit expressément qu'aupa-

ravant on ne lui avait jamais rien fait. On peut toutefois admettre la prédisposition. Quoi qu'il en soit, toutes réserves faites sur son mode de début, ce délire évolue côte à côte avec le syndrome physique, s'alimentant à ses dépens, en parasite. Il tend à expliquer les symptômes douloureux, qui eux-mêmes le conditionnent, et joue un rôle prépondérant dans l'activité de la malade, occupant par intervalles le premier plan et provoquant des réactions vives. Celles-ci sont favorisées sans doute par le caractère irascible et emporté, l'irritabilité pathologique si souvent décrits chez les hémiplegiques. En 1859, Calmeil (1) avait déjà signalé cette modalité des troubles délirants. Ils font partie intégrante du syndrome offert par l'affection cérébrale de la malade et ne saurait en aucune façon être assimilés à une véritable psychose évoluant pour son propre compte. La maladie mentale dont ils seraient le plus proche, la psychose aiguë à base d'interprétations délirantes de Sérieux et Capgras (2), en est trop différente pour qu'aucun rapprochement puisse être tenté. Ils rentrent dans le cadre des idées délirantes mal systématisées que M. Vigouroux, dans sa revue de nos connaissances sur l'« état mental dans les tumeurs cérébrales » (3) rattache au « terrain dementiel ». Nous observons actuellement une seconde malade, atteinte de tumeur cérébrale, dont le syndrome mental se rapproche sensiblement de celui de Bes... Il est seulement plus riche en idées délirantes, l'obnubilation est moins profonde et il s'accompagne de quelques hallucinations olfactives, vraisemblablement en rapport avec la localisation du néoplasme. Nous avons déjà insisté sur l'allure intermittente des troubles délirants. Ils procèdent par à-coups, par poussées évidemment en rapport étroit avec les phénomènes fonctionnels somatiques, et présentent des rémissions parfois totales. C'est là un caractère spécifique sur lequel ont bien insisté les auteurs. Mais il est intéressant de noter la dissociation entre l'intermittence

(1) Calmeil. *Maladies inflammatoires du cerveau*, 1859.

(2) Sérieux et Capgras. La psychose à base d'interprétations délirantes. *Ann. méd.-psych.*, mai-juin 1902.

(3) Vigouroux. *Revue de Psychiatrie*, février 1903.

de ces manifestations de la persistance, la continuité des symptômes moteurs. Ce fait permet de rapporter ces derniers au ramollissement, tandis que les précédents apparaissent directement conditionnés par la syphilis cérébrale et la gomme c'est-à-dire, par la toxoinfection. P. Marie (1), Dupré et Devaux (2), Klippel (3) ont mis au point la pathogénie de ces troubles délirants dans les tumeurs.

Cette notion va nous être un point d'appui dans la discussion de la question suivante : le syndrome global présenté par notre malade (hémiplégie et troubles mentaux), répond-il au syndrome psycho-paralytique de de Brault et Loeper (4) ? Celui-ci est caractérisé cliniquement par la préexistence des symptômes psychiques aux troubles moteurs, anatomiquement par une localisation de néoplasme dans la « zone frontière » frontomotrice. Dans notre cas, les troubles mentaux paraissent avoir débuté avec l'ictus, mais la paralysie a rétrocedé et il semble qu'en même temps, eux-mêmes soient devenus latents pour reparaître ensuite, intenses, avec l'hémiplégie définitive due à la lésion secondaire. Celle-ci s'étend bien (encore dans la substance blanche, seulement) jusqu'au niveau de la couronne rayonnante, mais c'est vraisemblablement par un processus progressif, et d'arrière en avant. Enfin, ces troubles mentaux ont une allure intermittente et non pas continue comme dans le syndrome de Brault et Loeper ; c'est-à-dire qu'ils doivent être rattachés à la syphilis cérébrale et ne peuvent être considérés comme un signe de localisation, bien qu'associés à des phénomènes paralytiques. Du reste, notre malade n'était pas démente.

Un dernier mot sur l'évolution. La détermination encéphalique s'est produit trois ans après les premiers accidents spécifiques (habituellement entre trois et dix ans, d'après Brissand), et la marche en a été chronique

(1) Discussion de la communication de MM. Sérieux et Mignot. *Société de Neurologie*, 10 janvier 1901.

(2) Dupré et Devaux. *Loc. cit.*

(3) Klippel. *Loc. cit.* et Accidents nerveux du cancer, in *Arch. gén. de médecine*, 1899.

(4) Brault et Loeper. Trois cas de tumeurs cérébrales à forme psycho-paralytique. *Arch. gén. de médecine*, 1900.

(cinq ans) ce qui est une éventualité rare, puisque Herber n'en a réuni que quatre cas, variant entre deux et huit ans. La tendance à la sclérose de la gomme concordait avec cette allure chronique. La durée moyenne est de cinq à dix mois. L'évolution aiguë (quelques jours à quelques semaines) est la moins souvent signalée.

Nous pourrions donc résumer notre observation en disant qu'il s'agit d'une tumeur scléro-gommense du noyau lenticulaire droit, à marche lente, entourée d'une zone de ramollissement secondaire, et dont les manifestations multiples relevaient à la fois de l'infection syphilitique du cerveau, de la tumeur et du ramollissement.

Le réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce des jeunes gens,

Par M. TRUELLE, médecin en chef,
et M^{lle} BOUDERLIQUE, interne de la maison de santé
de Ville-Evrard.

Avant d'exposer les résultats que nous avons obtenus dans la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez un certain nombre de déments précoces et, par comparaison, chez un nombre à peu près égal d'autres aliénés atteints de troubles mentaux divers — il n'est peut-être pas inutile de préciser brièvement les raisons de cette recherche et la nature exacte des malades mis en cause.

Il fut un temps où, confiants dans la doctrine kraepelinienne, beaucoup de jeunes aliénistes, et quelques anciens aussi, pensèrent avoir trouvé dans la « démence précoce » une maladie mentale autonome et parfaitement délimitable — sinon délimitée. — Bien plus, quelques-uns, particulièrement enthousiastes ou dogmatiques, s'efforcèrent de la mettre en parallèle avec ce qu'on considérait — à tort d'ailleurs — comme une autre « maladie » également autonome et strictement définie, la paralysie générale. Comme celle-ci, la démence précoce-maladie avait une étiologie propre : c'était une psychose *acquise*, dont la cause, ou les causes, pour indéterminées qu'elles restassent en fait dans la majo-

rité des cas, n'en étaient pas moins complaisamment attribuées à des phénomènes d'auto-intoxication. Comme celle-ci, son évolution était progressive et fatale dans le sens d'un effondrement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles. Son anatomie pathologique aussi était spéciale, et caractérisée par une dégénération corticale exclusivement neuro-épithéliale. Enfin, et ceci complétait à merveille le parallèle imaginé, la démence précoce, comme la paralysie générale, jouissait d'une double symptomatologie, à la fois psychique et physique. A côté de troubles intellectuels essentiellement constitués par une « démence spéciale » (perversions et surtout diminution des tendances affectives, aprosexie spontanée et volontaire, erreurs ou imperfections dans les perceptions, amoindrissement du jugement, et d'une façon générale effacement et imprécision les diverses manifestations mentales avec conservation relative des souvenirs acquis, mais exagération de l'automatisme psychique et psycho-moteur, d'où un état de « dissociation », de discordance » dans le jeu combiné et le mode d'expression des facultés psychiques), démence qui pouvait évoluer seule ou se compliquer d'épisodes excito-dépressifs ou de manifestations délirantes plus ou moins développées, on décrivait tout un ensemble de « signes physiques » auxquels on s'efforçait de reconnaître une importante valeur diagnostique.

Il n'est pas dans notre intention de critiquer ici ce parallèle trop artificiellement établi ; chacun aujourd'hui s'accorde à reconnaître combien il était fragile, et nul n'ignore l'échec où il était inévitable qu'il aboutit.

Toutefois, parmi ces symptômes physiques, trop multiformes, trop variables et contingents, trop souvent aussi de constatation banale (1) pour être comparés

(1) Rappelons brièvement quelques-uns d'entre eux. Ce sont :

1° *Des troubles circulatoires fonctionnels et organiques* : symptômes de rétrécissement mitral et d'aplasie vasculaire, modifications dans la pression artérielle et dans le rythme cardiaque, phénomènes vaso-moteurs, cyanose et refroidissement des extrémités, œdèmes et pseudo-œdèmes, etc. ;

2° *Des modifications dans la composition ou les propriétés physiologiques du sang* : alternatives d'hyper et d'hypoleucocytose, anomalies dans les rapports réciproques des éléments figurés,

aux signes cardinaux constants et définis de la paralysie générale, il en est une catégorie plus communément observée : ce sont les troubles circulatoires.

Assurément, là encore, on ne trouve rien de très précis, ni de très constant; et ceci d'autant plus que, bien rarement, les auteurs ont pris soin de définir à laquelle des « formes » très dissemblables, on le sait, de la démence précoce, appartenaient les malades chez qui ces modifications étaient signalées. Or, avant de rattacher tel ou tel symptôme à telle maladie, affection ou syndrome, il importerait de définir et de délimiter cette maladie, cette affection ou ce syndrome. Et c'est là précisément tout le problème, encore pendant, de la démence précoce.

Sans que cette question soit dès maintenant résolue, ni peut-être proche de l'être, il est bon de noter toutefois que, depuis quelques années, une réaction s'est opérée à l'encontre de la vaste et vague synthèse germanique, et parmi quelques-uns de ceux-là mêmes qui en furent en France les protagonistes. La plupart des auteurs, en effet, s'accordent aujourd'hui à éliminer du cadre de ce que nous ne sommes encore autorisés à n'appeler qu'un « syndrome », d'une part les délires systématisés hallucinatoires à évolution plus ou moins longue, d'autre part, un grand nombre d'états d'excitation ou de dépression, et de délires transitoires ou subaigus, volontiers ou non récidivants. Si bien qu'ainsi élaguée, la *démence précoce* se trouve cliniquement bien près de celle jadis décrite en France *chez les jeunes gens*, notamment par Christian (*Ann. méd. psych.*, 1899).

modifications en sens divers dans la coagulabilité du sang, variations du pouvoir hémolytique, telle la fameuse « psycho-réaction » au venin de cobra, etc.;

3° *Des troubles sécrétoires et glandulaires* : anomalies en sens divers dans la composition de l'urine, hyperviscosité salivaire, hyperhydrose, irrégularités et insuffisances endocriniennes, etc.;

4° *Des troubles digestifs et nutritifs*;

5° *Des troubles respiratoires*;

6° *Des troubles musculaires et nerveux* : ictus épileptiformes et hystériformes, tremblements, catatonisme, exagérations ou diminutions dans la réflexivité tendineuse, troubles de la sensibilité, modifications dans l'excitabilité mécanique des muscles, amyotrophies, etc...

C'est ainsi limitée que nous l'envisagerons ici.

Non pas, nous ne craignons pas de le répéter, que, même sous cette forme restreinte, on soit autorisé à considérer la démence précoce comme une entité nosologique définitivement établie. Il est vraisemblable au contraire qu'ainsi compris, ce syndrome correspond encore à des circonstances étiologiques diverses, peut-être à des affections différentes, dont il ne serait que l'expression commune, seule accessible à notre observation, mais d'aspect clinique assez uniforme pour justifier, tout au moins provisoirement, un pareil groupement.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que l'on observe souvent, pendant la période pubérale pour l'immense majorité des cas, des accidents mentaux, insidieux ou bruyants, qui, d'emblée ou très rapidement, se spécifient par cette déchéance intellectuelle particulière qu'Esquirol appelait une *idiotie accidentelle ou acquise*, et Morel, une *démence précoce*. Il est incontestable aussi, quelque importance qu'on leur accorde, soit qu'elles jouent dans la production des accidents mentaux le rôle de cause efficiente, soit qu'elles apparaissent au contraire consécutivement, ou bien, comme nous l'imaginons plus volontiers, qu'elles soient simplement concomitantes, et l'expression, au même titre que les troubles physiques eux-mêmes, d'une insuffisance physiologique (1) ou d'une perturbation pathologique plus générales, il est incontestable aussi que l'on observe fréquemment chez ces malades précocement déments certaines modifications ou certaines anomalies de l'état physique. C'est chez eux notamment que l'on trouve surtout ces différents troubles circulatoires auxquels nous avons fait allusion précédemment.

C'est la raison pourquoi, en dehors de toute conception théorique, nous avons pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à compléter l'étude de ces anomalies circulatoires par la recherche des modifications possibles du réflexe oculo-cardiaque.

(1) Rappelant la note d'H. Spencer, Christian fait justement remarquer que l'on pourrait souvent considérer les déments précoces comme « des sujets à capital vital insuffisant ».

On sait que ce réflexe, décrit en 1908 par Aschner, mais d'introduction assez récente dans les examens cliniques, s'exprime par une modification transitoire du rythme cardiaque, obtenue par la compression des globes oculaires dans la position couchée.

Normalement, après un temps perdu très court (quelques secondes), cette compression provoque un ralentissement du pouls de 6 à 8 pulsations à la minute. Ce ralentissement cesse généralement avec la compression on dans les secondes qui la suivent; très exceptionnellement, l'effet se prolonge au delà d'une minute. On admet qu'il s'agit dans l'espèce d'un réflexe bulbaire dont la voie afférente est le trijumeau, et la voie efférente le pneumogastrique (1).

Il arrive parfois que ce réflexe est *exagéré*, le ralentissement dépassant 10 pulsations. On a même signalé des cas d'arrêt total du cœur (2); et au cours de nos recherches, nous avons constaté une fois ce phénomène — momentané bien entendu.

D'autres fois le ralentissement ne se produit pas; le réflexe est *nul*.

Enfin il peut arriver que l'on observe au contraire une accélération du rythme cardiaque: le réflexe est alors *inverse*.

Bien qu'étudié en France depuis peu d'années, ce réflexe a déjà fourni la matière d'une littérature médicale très riche (3). Primitivement recherché en vue du diagnostic pathogénique des anomalies du rythme car-

(1) Il n'est pas absolument rare de constater simultanément d'autres phénomènes bulbaires ou nerveux, tels que spasme ou toux laryngée, arythmie respiratoire ou grandes inspirations, abaissement de la tension artérielle; même on a signalé des cas de polyurie, de glycosurie et d'albuminurie transitoires. Nous ne nous arrêterons pas sur ces phénomènes accessoires.

(2) Lesieur, Vernet et Petzetakis. Sur un cas d'arrêt total du cœur par le réflexe oculo-cardiaque, *Société médicale des Hôpitaux*, 6 mars 1914.

(3) Voir notamment comme études d'ensemble: Lœper et Mougeot. *Progrès Médical*, 26 avril 1913. — Cuzet et Petzetakis. *Lyon Médical*, 15 février 1914. — Mongeot. *Société de médecine de Paris*, 18 mars 1914. — Noël Fissinger. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 mai 1914. — S.-A. Levine. *The Archives of internal medicine*, 15 mai 1915.

diague (1), il a pu être considéré comme « le plus sûr moyen que nous ayions d'explorer le pneumogastrique » (Lœper et Mougeot), supérieur en cela à l'épreuve de l'atropine et à celle de Czermak.

On admet que, chez les sujets bien portants, le réflexe est normal ; qu'il est exagéré dans 1/5 des cas, chez les « hypervagotoniques », et que dans un autre cinquième il est inversé. Alors la voie efférente serait le sympathique, et l'inversion révélerait une « hypersympathicotonicité », plus ou moins visible par ailleurs (rougeur en placards de la face, tachycardie, hypertension, dilatation pupillaire, etc.). C'est en particulier chez des émotifs, des basedowiens frustes et dans certaines gastro-névroses (2), que l'inversion du réflexe a été constatée.

Ce phénomène curieux n'a pas manqué d'attirer l'attention des médecins, et son étude a été entreprise dans une infinité de cas les plus divers. Mais à la vérité les résultats n'ont pas toujours été concordants, et mise à part, la question du diagnostic pathogénique de certaines modifications du rythme cardiaque, bien des obscurités persistent encore dans l'interprétation de ses anomalies où, vraisemblablement, plusieurs facteurs sont susceptibles d'intervenir.

Nous ne signalerons brièvement ici que quelques-unes des publications relatives à sa recherche dans les affections nerveuses.

Gautrelet (*Paris Médical*, 24 novembre 1913),

(1) Galleverdin, Dufour et Petzetakis. Réflexe oculo-cardiaque et automatisme ventriculaire intermittent dans les bradycardies totales banales, *Lyon Médical*, 14 décembre 1913. — Petzetakis. L'épreuve de l'atropine, du nitrite d'amyle et de la compression oculaire dans les bradycardies totales. *Société de Biologie*, 27 décembre 1913. — Mougeot. Le réflexe oculo-cardiaque dans le pouls alternant, *Société de Biologie*, 14 mars 1914. — Mougeot. Le réflexe oculo-cardiaque dans les tachycardies permanentes sans arythmie, *Société de Biologie* 7 février 1914. — Lœper et Mougeot. Le réflexe oculo-cardiaque dans le diagnostic de la nature des bradycardies. *Société de Biologie*, 24 janvier 1914. — Petzetakis. De l'automatisme ventriculaire par compression oculaire et atropine dans les bradycardies totales, *Société de Biologie*, 10 janvier 1914, etc.

(2) Gautrelet. *Société médicale des Hôpitaux*. 25 avril 1913.

Lesieur, Vernet et Petzetakis (*Lyon Médical*, 19 mars 1914), ont constaté son abolition fréquente dans le tabes, notamment dans le tabes supérieur, où il serait l'indice d'une lésion bulbaire.

Lesieur, Vernet et Petzetakis (*Lyon Médical*, 15 mars 1914, *Gazette des Hôpitaux*, 4 mai 1914), le déclarent généralement exagéré chez les épileptiques non bromurés, et au moment des crises, diminué au contraire chez ceux soumis au traitement. Cependant Maillard et Cadet (*Société de Psychiatrie*, 18 juin 1914), reprenant cette épreuve chez cette même catégorie de malades, trouvent des résultats qui concordent très imparfaitement avec ceux des précédents auteurs.

Chez six pseudo-bulbaires, G. Guillain et J. Dubois (*Société médicale des Hôpitaux*, 27 mars 1914), le trouvent quatre fois nul et deux fois inversé. Les mêmes auteurs signalent encore « l'action inhibitrice de la compression oculaire sur les mouvements anormaux dans un cas d'athétose double » (*Société médicale des Hôpitaux*, 8 mai 1914). Lesieur, Vernet et Petzetakis (*Lyon Médical*, 5 avril 1914), avaient d'autre part relevé la fréquence de ses anomalies dans les tremblements d'origine centrale. Constatations intéressantes, qui démontrent la possibilité d'une action encéphalique, corticale ou sous-corticale, sur les modalités de ce réflexe bulbaire, et la complexité certaine de leurs origines.

Signalons en dernier la communication de Roubinovitch et Regnaud de la Soudière (*Société de Psychiatrie*, 18 juin 1914), pour qui l'absence ou l'invasion du réflexe oculo-cardiaque est de règle dans les démences organiques, alors que sur vingt cas de démence précoce, il s'est montré normal dix fois et aboli dix fois.

Ces dernières constatations vont en partie à l'encontre des résultats que nous avons obtenus. Cela provient-il de ce que — et nous avons intentionnellement insisté sur ce point au début — par déments précoces nous ne désignons pas tous absolument les mêmes malades? La chose est possible. Nous ne prétendons pas d'ailleurs que nos chiffres soient les seuls admissibles. Il entre certaines difficultés dans la recherche du réflexe

envisagé; et, surtout dans la production du trouble circulatoire qu'il révèle il est des circonstances multiples qui peuvent intervenir, en sorte que pour se permettre des conclusions fermes sur des données inattaquables, il faudrait une analyse plus détaillée que celle à laquelle nous nous sommes livrés.

Quoi qu'il en soit, il est un point de détail qu'il n'est peut-être pas inutile d'indiquer ici. Nous avons commencé ces recherches en juillet 1914 : elles portaient alors sur trente-quatre déments précoces et vingt-trois malades atteints d'autres affections mentales. Nous les avons reprises récemment, une grande partie des malades précédemment observés ont été soumis récemment à une nouvelle série d'épreuves, d'autres cas en assez grand nombre ont été ajoutés, et cependant les résultats actuels concordent dans l'ensemble, et à très peu de chose près dans le détail, avec ceux de juillet 1914.

Les voici succinctement exposés :

Sur 40 individus (15 hommes et 25 femmes), les moyennes ne varient pas sensiblement pour l'un et l'autre sexe), devenus rapidement *déments précoces* avant l'âge adulte, nous avons trouvé :

R. O. C. exagéré	3 fois.
— normal	2 —
— diminué	4 —
— nul	13 —
— inversé	17 —
— variable	1 —

Sur seize malades ayant présenté à l'âge adulte et plus ou moins lentement, un syndrome *démence précoce* au sens large du mot, ou voisin de celui-ci, nous avons trouvé :

R. O. C. exagéré	1 fois.
— normal	2 —
— diminué	2 —
— nul	4 —
— inversé	5 —
— variable	2 —

Sur trente-cinq malades présentant les syndromes psychopathiques les plus divers (*démence paralytique*, *sénile*, *circonscrite*, *délires systématisés*, états ma-

niagues, états dépressifs, psychasthénie, épilepsie, imbécillité, etc.).

Nous avons trouvé :

R. O. C. exagéré	9 fois.
— normal	7 —
— diminué	5 —
— nul	4 —
— inversé	6 —
— variable	4 —

Autrement, et en fusionnant les réflexes normaux et diminués — la distinction étant parfois sujette à caution — on obtient les pourcentages suivants :

R. O. C. exagéré.	{	Démence précoce type.	7 p. 100
		— tardive ou secondaire.	6 —
		Autres formes	25 —
R. O. C. normal ou diminué.	{	Démence précoce type.	15 —
		— tardive ou secondaire.	25 —
		Autres formes	34 —
R. O. C. nul . . .	{	Démence précoce type.	32 —
		— tardive ou secondaire.	25 —
		Autres formes.	11 —
R. O. C. inversé.	{	Démence précoce type.	42 —
		— tardive ou secondaire.	31 —
		Autres formes.	17 —

Ainsi, tandis que chez les malades atteints de troubles psychopathiques divers, l'inversion ou l'absence du réflexe oculo-cardiaque sont rares (dix fois sur trente-cinq), elles sont au contraire de règle dans la démence précoce des jeunes gens (trente fois sur quarante).

Nous nous garderons bien de tirer de ces données aucune déduction théorique basée sur une interprétation pathogénique quelconque, de cette anomalie.

Est-ce le pneumogastrique qui est en hypofonctionnement, ou le sympathique qui est hyperexcitable? Y a-t-il action bulbaire directe, ou bien action cérébrale et peut-être psychique? On ne saurait répondre à ces questions que prématurément et partant imprudemment.

Disons seulement, qu'en dehors d'une plus grande fréquence de l'hypertension maxima et minima, et d'une tachycardie parfois accompagnée d'instabilité du pouls, nous n'avons pas chez ces éléments précoces

inversés relevé plus souvent que chez les autres, des signes probants d'hypertonicité du sympathique.

Peut-être une analyse plus minutieuse des faits fournirait-elle quelques éclaircissements, pour le moment nous nous contentons de rapporter purement et simplement les résultats de l'observation.

*De l'utilisation des compétences
dans le domaine de la médecine mentale militaire.*

Rapport de la Commission.

M. COLIN. — Messieurs, dans notre dernière séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Chaslin, Truelle, Colin, rapporteur, à l'effet de rechercher les moyens les plus propres à obtenir des pouvoirs publics l'utilisation des compétences dans le domaine de la médecine mentale militaire.

Votre Commission s'est proposé un double objet. En premier lieu, elle a pensé qu'il était légitime de demander au sous-secrétariat du service de Santé que les médecins en chef des asiles d'aliénés, tous nommés à la suite d'un concours public, habitués à diriger des services de plusieurs centaines de malades, fussent appelés à bénéficier des dispositions du décret du 31 décembre 1915, relatives à la promotion des médecins des hôpitaux nommés au concours.

En second lieu, votre Commission estime qu'il serait utile de créer non loin du front des formations destinées à recevoir les malades appelés à guérir dans un temps relativement court, déprimés, confus, etc., en même temps que les aliénés plus gravement atteints, et de mettre ces formations sous la direction médicale de nos collègues. Ceux-ci se chargeraient de diriger sur l'intérieur les aliénés et les malades à évolution lente et, en même temps, se débarrasseraient rapidement des sujets émotifs, des confus, des individus, en somme peu atteints, mais qui, à l'heure actuelle, transportés d'hôpitaux en hôpitaux, d'asiles en asiles, finissent par devenir des chroniques.

Votre Commission a pensé qu'il serait utile de demander au ministère de l'Intérieur l'affectation actuelle donnée aux différents médecins des asiles.

Nous la connaissons déjà pour certains d'entre eux, qui sont affectés à des gares d'évacuation, à des hôpitaux ordinaires ou à des trains sanitaires.

Il est bien évident qu'ils pourraient tous être utilisés d'une façon plus conforme à leurs habitudes professionnelles et à leur compétence.

Votre Commission vous propose donc d'adopter les vœux suivants :

La Société médico-psychologique émet le vœu :

1° Que les médecins en chef des asiles publics d'aliénés, nommés au concours et mobilisés, soient appelés à bénéficier des dispositions du décret du 31 décembre 1915, relatives à la promotion des médecins des hôpitaux nommés au concours ;

2° Que les médecins des asiles publics d'aliénés nommés au concours, en raison de leurs compétence particulière, soient utilisés dans des formations sanitaires destinées à l'hospitalisation et au traitement des malades atteints de troubles mentaux.

Ces deux conclusions sont mises successivement aux voix et adoptées à l'unanimité.

La Société décide en outre que son Bureau fera une démarche auprès de M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé.

Avant de lever la séance, la Société envoie ses meilleurs vœux de prompt rétablissement à ses Présidents malades, MM. Vigouroux et Chaslin.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,

J.-M. DUPAIN.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio de Antropologia criminale psichiatria e medicina legale.

ANNÉE 1912.

I. — *Fragments médico-psychologiques* ; par le Dr C. Lombroso (numéros de janvier et mai). — La psychologie morbide, autrement dit la physiologie des centres encéphaliques supérieurs, illustre plus que l'anatomie pathologique les troubles qui accompagnent la folie. Les illusions et les hallucinations, en relation avec les troubles de la santé, sont à la base d'une foule de conceptions erronées : c'est ainsi que, étant malades, Fra Girolamo de Corlione se figurait la fièvre sous les traits d'une fille capricieuse qui, dans sa cellule, se moquait de lui ; que Varignon voyait des formules algébriques sur les feuilles des arbres ; que les Zélandais croyaient voir des guerriers dans les nuées, etc. Parfois, l'illusion provient d'une altération d'un organe des sens ou encore d'un contraste simultané excessif de deux sensations contemporaines. Ces états obéissent à la loi de Plateau. Lorsqu'un organe est soumis à une action excitante, celui-ci oppose une résistance qui croît avec la durée de l'excitation et qui se traduit par des oscillations alternatives dans les deux sens opposés. La loi des contrastes est également l'un des principes de la psychologie, qu'elle soit normale ou pathologique. La mémoire n'est pour Gratiolet qu'un choc vibratoire de certaines cellules. Chevreul a dit que le cerveau voit les idées et les juge comme l'œil perçoit les couleurs et obéit aux mêmes lois. Dans le rêve, il y a abolition de la volonté et de l'attention. Ce sont les lois de l'association des idées qui régissent la suite des états de conscience. Les hallucinations internes ou cénesthésiques relèvent, comme les rêves, d'impressions qui ne sont pas rectifiées par le jugement, mais beaucoup plus persistantes. L'idée, on le sait, est comme une miniature de l'objet. La folie n'est point univoque ; ses manifestations varient avec la consti-

tution de l'individu, sa race, son époque, son degré de civilisation. Au moyen âge, la lycanthropie était fréquente : elle est aujourd'hui autant dire introuvable, et aussi la folie des inspirés de Dieu qui est rare de notre temps. Les Juifs qui, d'après Lombroso, ont une véritable incapacité pour les arts plastiques, ont rarement des hallucinations de la vue. Jéhovah, quand il leur apparaît, prend la forme d'un amas de nuages. En somme, alors qu'il écrivait cela, en 1860, C. Lombroso admettait déjà ce qui était alors une nouveauté et qui, aujourd'hui, est presque un truisme. Ce n'est pas le contenu du délire qui est important : rien n'est plus variable, mais le terrain sur lequel cet état psychique particulier s'est développé. C'est, en somme, très voisin de ce que Magnan, élargissant la doctrine de Morel, enseigna quelques années plus tard.

II. — *Cesare Lombroso et son œuvre scientifique*; par le Dr L. Wolff, de Gothebourg (Suède) [numéro de janvier]. — Les efforts d'un travail opiniâtre pendant un demi-siècle ont créé l'œuvre géniale du maître italien : c'est une vaste synthèse des applications de la psychologie morbide aux problèmes sociologiques de la misère et de la maladie. Il a été le Virchow et le Tolstoï de l'Italie. Tout d'abord, et malgré une foule d'obstacles, Lombroso a montré que la pellagre est fonction d'une intoxication maïdique. Puis il a créé l'anthropologie criminelle, cette fille du darwinisme et de la psychiatrie. Il a fait la synthèse du type criminel; ce qui ne veut pas dire évidemment que tous les criminels, même récidivistes, aient un type spécial, mais simplement que les criminels ont plus fréquemment des tares anthropologiques que les sujets normaux, et des tares qui se distinguent dans l'ensemble de celles que présentent les aliénés et autres dégénérés. De ces prémisses, Lombroso a tiré cette conséquence pratique que nos lois, conçues dans le but de punir la violation de principes éthiques que beaucoup de criminels n'ont pas et ne peuvent avoir, sont illogiques et sans portée pratique. Il faut donc leur substituer un nouveau droit pénal dans lequel la « temibilité » de l'inculpé est surtout à envisager. Ce sont ces principes que certaines nations, la Suède, par exemple, commencent à appliquer. Stenson, professeur à Upsala, a dit : « Le délit est une manifestation sociale qui existe partout, mais que la misère, l'alcoolisme et la prostitution dominant. » Ce n'est qu'en agissant sur ces derniers facteurs que l'on peut agir sur le délit ou, suivant la formule de Lacasagne, « le criminel est le microbe dont la société est le bouillon

de culture ». En Suède, dans les Universités, on fait appel aux psychiatres pour apprendre aux futurs légistes à apprécier l'état mental des prévenus. La courte peine est un non-sens, on doit lui substituer la peine conditionnelle et encore la peine variable. Surtout, on doit diriger vers les asiles les criminels aliénés et les aliénés criminels. Plus tard, Lombroso a étudié les rapports du génie et de la dégénérescence.

III. — *Sur un objet de construction singulière exécuté par un déficient*; par le Dr A. Sacerdote (numéro de janvier). — Une sorte d'original, incapable de tout travail régulier, a fait, dans l'intérieur d'une bouteille restée intacte, par un procédé qu'il n'a pas indiqué, les objets suivants : un crucifix avec un piédestal : Jésus est supporté par un petit cercle de fil de fer représentant la couronne d'épines, les clous des mains et des pieds. Il est surmonté d'une bandelette avec la légende INRI. Une échelle de bois d'une grande finesse, une grande tenaille articulée. Une lance, un coq sur un piédestal, un dé à jouer, une main, un suaire, une hache, une éponge fixée au bout d'une perche, un marteau et un martinet. Sauf le suaire qui est en toile, tout le reste est en bois et d'un diamètre supérieur à celui du goulot. Tout le système est fixé à un crampon de fer que traverse le bouchon de bois dur, en forme de champignon, qui ferme la bouteille. On voit un peu partout des constructions de ce genre toujours anonymes : il semble que ce soit là une manifestation de débile qui veut se rendre intéressant. Malgré le caractère des objets, il ne s'agit point d'une manifestation religieuse.

IV. — *Encore sur les plis du cuir chevelu et sur les faisceaux colorés du manteau cervical de quelques mammifères*; par le Dr J. Paravicini (numéro de janvier). — Chez quelques sujets, en fixant avec les pouces, la peau de la ligne médiane entre les bosses pariétales, on amène la formation de plis cutanés de volume et de nombre variables à chaque expérience. Parfois, au contraire, la disposition de ces plis est constante. Chez les vieillards, les plis peuvent devenir permanents. Chez les débiles, même jeunes, un pareil dispositif peut s'observer et même se subdiviser en trois parties : a) frontale, b) pariétale, c) occipitale. Ces rides anormales complètent le système des rides normales qui se subdivise ainsi : a) frontales (médianes et latérales), b) glabellaires, c) transverses de la selle nasale, d) de l'angle orbitaire interne, e) de la patte d'oie, f) du sillon naso-labial. Chez les animaux domestiques carnivores, les dispositions des

faisceaux colorés du manteau cervical offrent une frappante analogie avec les rides de l'homme, surtout chez le chat jacobite, l'once, le léopard, le chat de Siam, la gazelle, la sarigue. On peut rapprocher ces particularités de l'étude de Ferrara, publiée naguère dans *le Giornale di psichiatria*, sur les rides du cuir chevelu des dégénérés : l'auteur ne voulait pas y voir une anomalie réversible comme Paravicini, mais bien une monstruosité embryologique tératologique comme le prétend Poggia, serait pour lui une ostéo-dermotératie embryo-pathologique. Paravicini maintient ses conclusions pour plusieurs raisons, dont la principale est que l'on ne saurait parler de troubles pathologiques des fontanelles pour expliquer l'apparition de rides séniles. L'hypothèse de l'anomalie réversible est bien simple et obéit aux principes généraux du darwinisme.

V. — *Particularités de la vie sexuelle de la glèbe du haut Apennin de Pistoia*; par le Dr F. Bucceri (numéro de janvier). — Dans le haut Apennin la vie a conservé la rudesse primitive et les attentats sexuels ne sont point rares : ils se traduisent surtout par des violences habituelles, plus ou moins librement consenties par les victimes que par des actes sporadiques; de jeunes bergères de quatorze à quinze ans, se livrent, sous l'influence d'une promesse de mariage ou d'un cadeau, parfois pour de l'argent. Parmi les faits que l'auteur a observés figure celui d'une idiote de quarante ans, qui s'est livrée pour 2 sous et celui de deux tziganes, la mère et la fille, qui n'en ont retiré que quelques pièces de peu de valeur; le milieu n'est guère favorable à la chasteté, et à la pudeur, ou ne se gêne point de parler devant les enfants et ils ont souvent sous les yeux des accouplements des animaux. Parfois on voit des enfants sans état civil et sans famille, sans compter les dissimulations de grossesse; les avortements ne sont pas rares, et généralement ils sont provoqués à l'aide du seigle ergoté qui, par le tétanisme qu'il produit, nécessite l'intervention du médecin. Enfin en l'absence de sages-femmes les matrones pullulent. Il en est de même en Russie, surtout dans le Caucase où les crimes sexuels sont très fréquents même dans les trains.

VI. — *Aventures d'un pellagrologue*; par le Dr C. Lombroso (numéros de mai et de juillet). — La pellagre est surtout commune, loin des centres, dans les campagnes pauvres où les médecins manquent, où les paysans ignorants et avarés vendent leur bon blé qui est rare pour acheter du mauvais maïs souvent coupé prématurément. Beaucoup trop croient encore

que le broyage mécanique fait perdre au maïs avarié des propriétés toxiques. Dupré avait montré que le *penicillium glaucum*, traité par une solution étendue de potasse, se colore en rouge : il avait extrait une huile essentielle toxique de teinte rouge foncé du maïs avarié : cette huile précipitée par la benzine Ballardini avait communiqué la pellagre et ses symptômes à des poules nourries de culture de *sporisorum maïdis*. Les mêmes auteurs ont retiré du maïs gâté un produit ayant les réactions chimiques des alcaloïdes. Ces résultats furent vérifiés et présentés avec expériences à l'appui par C. Lombroso à l'Institut Lombard qui ne voulut rien entendre (1877). Buoschi accusa Lombroso d'être un charlatan « vendeur d'eau de pellagre pour poules », et indigne d'être professeur dans un établissement d'enseignement supérieur. La question fut traitée partout dans les comices agricoles, les congrès médicaux, sans aucun résultat. C'est alors que Lombroso voulut établir des boulangeries coopératives, des moulins mécaniques et des séchoirs pour maïs, les paysans eux-mêmes s'y opposèrent ; il dénonça les empoisonneurs du peuple, on lui objecta la liberté du commerce. C'est alors que Luzzati, homme politique clairvoyant, appuya de toute son influence les enquêtes conduites par Lombroso. Bientôt après, C. Erba ouvrit son laboratoire à de nouvelles recherches sur le maïs altéré, sur les agents de cette altération, et enfin, Lombroso isola la pellagrozéine, substance alcaloïde analogue à l'ergotine et surtout à la strychnine dont elle a les propriétés convulsivantes toniques et cloniques. Lombroso expérimenta sur divers animaux, lapins, cobayes, chats, chiens et même poulets, grenouilles ; les symptômes constatés rappelaient ceux de la pellagre et s'accompagnaient de convulsions, de diarrhée, d'hyperémie de la peau, des reins et de l'intestin. En somme, la pellagrozéine est au maïs avarié ce que l'atropine est à la belladone. On osa alors prétendre qu'un assistant facétieux avait ajouté de la strychnine aux préparations du maître et même que Lombroso avait corrompu Erbo. Enfin une analyse élémentaire de Berthelot montra les analogies et les différences de la pellagrozéine et de la strychnine. Le débat n'était pas clos : une foule de « journaliers d'asile » affirmèrent que le maïs n'a rien à voir avec la pellagre, que celle-ci est un mal de misère, une faim chronique ; ce n'est que plus tard, que le gouvernement fit sienna la doctrine du maïs avarié, répandit dans les pays à pellagre les aliments sains et que le fléau rétrocéda.

VII. — *Lombroso et Virchow*; par le D^r Strauch (numéro de mai). — On sait que Virchow a fait de très importants travaux d'anthropologie, en particulier sur la base du crâne, sur le développement et les anomalies qu'elle peut présenter (1857), et aussi sur ses variations dans les races humaines inférieures (1875). Lombroso a, lui aussi, étudié le développement ontologique de l'individu, ses variations (stigmates); tantôt il arrive que la jeunesse, même l'enfance ou l'état embryonnaire, persiste chez certains sujets, tantôt, au contraire, la vieillesse est précoce. Au premier groupe appartiennent le plus souvent les particularités anthropologiques des criminels ataviques, par exemple, type crânien de Neanderthal, anomalies des poils, etc. Au contraire, on peut rattacher la plagiocéphalie à une synostose précoce, le crâne se développe seulement perpendiculairement à cette suture, d'où l'asymétrie. On trouve, dans certaines tribus nègres d'Australie, un type crânien presque identique à celui de la race d'Aubignac, fréquence des os wormiens, persistance de la suture métopique, suture occipitale transverse, d'où présence d'os des Incas, et enfin infantilisme des parties molles (hypoplasie). Les anomalies que l'on rencontre chez les délinquants sont des états pathologiques, au sens de Virchow, c'est-à-dire que l'organisme n'a pas toutes les potentialités, autrement dit le criminel est un être inférieur dans la lutte pour la vie, d'où ses réactions antisociales.

VIII. — *Critères généraux pour la compilation des fiches biographiques*; par le D^r Sacerdote et M. Vigna avocat (numéro de mai). — On appelle fiche biographique, un document destiné à recueillir toutes les données nécessaires à établir toutes les caractéristiques sociales, familiales et individuelles sur une personne déterminée. La grande difficulté est l'étude des faits subnormaux, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants, puisque chez eux le développement n'est pas terminé et qu'on ne peut les comparer à des êtres complètement développés. La délinquance chez les enfants est autant facteur du milieu que des conditions génétiques. La fiche, établie par le Comité des enfants traduits en justice à Turin, a pour but d'établir la sanction (liberté surveillée, placement hétéro-familial, dans un asile, un réformatoire, une maison de correction, etc.) qui doit être prise contre le jeune délinquant et les résultats obtenus à la suite de cette décision. Pour parvenir à étudier complètement le cas, le juge doit tenir compte, outre sa propre procédure de

l'enquête faite par un volontaire (probation officer) et de l'avis motivé d'un médecin expérimenté. On étudiera dans l'enquête l'état et la réputation de la famille, y compris le tuteur ou le concubin s'il y a lieu, le fait soumis au tribunal, la salubrité hygiénique et morale de l'entourage (présence de lieux de débauche, de cabarets, etc., dans le voisinage, habitudes d'intempérance ou d'inconduite du milieu) et enfin les documents pédagogiques que l'on a pu recueillir sur l'enfant.

IX. — *Une curiosité de police judiciaire*; par les D^{rs} Boschi et Padovani (numéro de mai). — Une fille, de trente ans, tue, à coups de revolver, son amant dans un quartier excentrique de Ferrare, presque sous les yeux des agents : autour d'eux la foule s'amasse, piétine le sol ce qui rend difficile, après coup, l'étude de la position du cadavre; dans le cas présent aucune difficulté, mais d'autres fois cela pourrait rendre difficile une enquête. On sent que rien n'est plus difficile que d'obtenir des précisions de certains témoins passionnés ou bornés.

X. — *Le cours technique de perfectionnement sur l'histoire naturelle du délit et l'école pénale près l'Université de Turin*; par le professeur Trama (numéro de mai). — L'Institut d'anthropologie criminelle a été fondé par Lombroso et fonctionne actuellement sous la direction de Patrizi. Il comprend des cours : 1° d'anthropologie, biologie et psychologie appliquées à la médecine légale professés par le directeur; 2° sur l'étiologie, la prophylaxie, la thérapeutique du délit, par le professeur Carrara; 3° sur le droit pénal et la procédure criminelle appliquée, par le professeur Manzini; 4° sur l'identification, le signalement et la propédeutique médico-légale, par le professeur Tovo; 5° sur la psychiatrie en rapport avec la criminalité, par le professeur Treves. On sait que l'Italie est le pays d'Europe où les attentats contre les personnes sont le plus fréquent, 40 p. 100 des délinquants échappent à toute répression : il importe donc, au point de vue social, d'améliorer les moyens de défense contre les entreprises des « mal vivants », d'étudier les conditions étiologiques du crime, les particularités biologiques du délinquant aussi bien que ses particularités psychiques, de rechercher les races, les milieux où la criminalité est la plus fréquente ou la plus rare. On a donc créé un Institut où l'on étudie l'évolution récente du droit criminel. Les projets de modification des codes pénaux actuellement proposés en Autriche, en Suisse, en Amérique; la sentence indéterminée, la condamnation conditionnelle et ce qu'Ottolenghi appelle la

police scientifique (étude des empreintes digitales, du bertillonnage, du portrait parlé, le dépistage des simulateurs) et aussi de cette zone mitoyenne entre le crime et la folie telle que la comprend Maudsley. Les résultats ont été les plus satisfaisants, les cours ont été suivis par un nombreux auditoire de jeunes magistrats, d'avocats et de médecins parmi lesquels quelques étrangers.

XI. — *L'individualité biologique, l'égalité de tous devant la loi et l'institution des grâces*; par le Dr Boschi (numéro de juillet). — La loi actuelle repose, 1^o sur le principe de l'égalité : ce qui, au point de vue biologique, est un non sens; 2^o sur le libre arbitre qui n'est guère probable : elle reconnaît cependant des non-imputables et des demi-imputables (articles 46 et 47 du Code pénal italien) mais élimination faite des deux groupes précédents, tous les hommes sont-ils au même degré de développement? La maladie est un facteur de régression pour l'individu et sa descendance. Que fera une punition sur les anesthésiques du sens moral, sur les invertis sexuels? Le hard labour punira-t-il les portefaix de la Tamise? La graduation de la peine est une utopie, disent quelques-uns, la grâce est d'un mécanisme trop subtil pour être pratique. L'influence moralisatrice du châtement, le bienfait de la réhabilitation n'ont pas pour les coquins la même importance que pour les gens normaux. La justice égale pour tous est donc un leurre et une chimère; ce qu'il faut, c'est l'individualisation de la peine, un châtement qui punisse réellement un individu concret déterminé et non des vues de l'esprit.

XII. — *Expertise psychiatrique sur un délinquant traité au manicomie de Milan*; par les Drs Corberi et Gonzales (numéros de juillet et de novembre). — Il s'agit d'un individu de trente-trois ans qui a présenté, au cours d'une peine pour vol qualifié et rupture de ban, des troubles mentaux que l'on jugea suspects, et qui fit une tentative de suicide. Il fut transféré à l'Ostanteria de Milan. Les antécédents héréditaires sont chargés des deux côtés; lui-même est un sexuel et un instable qui a exercé une demi-douzaine de professions et subi neuf condamnations pour vols simples et qualifiés, ivresse, outrages, rupture de ban, etc. Il a contracté la syphilis et a été opéré d'un varicocèle en 1904. Il a reçu, dans une rixe, deux coups de revolvers. Il a la « tête dure » et a fait la « mala vita », présente des signes d'éthylisme et même des stigmates hystériques. Légèrement microcéphale, sa capacité crânienne calculée par la

méthode de Parchappen'est que de 1.260 centimètres cubes. Sa tête est plagio-prosopique, la suture coronale proéminente, le tubercule de Darwin très accusé. Il se plaint de céphalalgies opiniâtres, d'amnésie contemporaine à son arrestation dont il déclare ignorer la cause. Il est agité, émotif, impulsif; il répète des lieux communs anarchistes sur un ton déclamatoire. Après cette « pluie de mots », il a une éjaculation; sa physionomie est alors étrange. Étudié au point de vue psycho-physique, il paraît peu intelligent, les réactions sont lentes (méthode de Binet); il ne s'intéresse pas à grand'chose, est très égoïste. En fait de devoir, il ne connaît que ceux envers la famille qu'il ne paraît d'ailleurs point pratiquer, puisqu'il ne se préoccupe guère ni de son enfant ni de sa maîtresse. La seule peur qu'il ait est celle d'être arrêté. Enfin, l'autocritique est chez lui très peu développée. En résumé, c'est un déficient alcoolique irresponsable.

XIII. — *Ostéo diagnostic de l'âge de la mort*; par le D^r Torelli (numéros de juillet et de novembre). — L'auteur a étudié par la formaline et le Muller après les avoir décalcifié des doigts de cadavres enterrés ou abandonnés à l'air ou à l'eau depuis plus ou moins longtemps, puis les compare avec des pièces fraîches traitées à la thionine pure ou à la thionine et acide picrique, à la thionineéosine; enfin il pratique les dosages chimiques du calcium, les diverses méthodes combinées entre elles permettent de donner des résultats approximatifs intéressants sur l'âge de la mort

Ce qui nous intéresse dans ces recherches, nous autres psychiatres, c'est que, chez les aliénés déments organiques ou confusionnels, la mort paraît remonter plus haut qu'elle ne l'est en réalité par suite des lésions trophiques présentées pendant la vie par ces sujets. La composition chimique n'apprend rien sur le mode de destruction des cadavres récents sur le milieu où ils ont été conservés (air, eau, terre), l'histologie, au contraire, renseigne sur l'âge de la mort suivant le milieu où le tissu a été conservé.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) pour l'année 1914; par les D^{rs} C. Rougé, F. Rougé et J. Levêque. Brochure in-8°, Limoux, 1915.

L'asile d'aliénés de Limoux a été fondé par la communauté des sœurs de Saint-Joseph-de-Cluny; il a été ouvert le 1^{er} juillet 1827, en vertu d'un traité passé entre la communauté et le département de l'Aude qui avait pris l'engagement d'y placer tous ses aliénés assistés. Depuis le 1^{er} janvier 1843, il reçoit les aliénés indigents des Pyrénées-Orientales; il a, en outre, un pensionnat d'une certaine importance.

Le *Rapport général sur le service des aliénés*, publié en 1878 par les inspecteurs généraux, auquel nous empruntons les renseignements précédents, nous apprend aussi qu'au 31 décembre 1874, l'asile de Limoux contenait 445 malades dont 207 hommes et 238 femmes. Ce chiffre a presque triplé en quarante ans, puisque, le 31 décembre 1914, la population était de 1.117 malades, dont 521 hommes et 596 femmes. C'est là une augmentation considérable dont il serait très intéressant de connaître les causes. Notre distingué collaborateur, M. le D^r Calixte Rougé, qui dirige depuis tant d'années le service médical de l'asile, pourrait sans doute nous les faire connaître.

Dans le rapport médical sur l'année 1914 qu'il vient de publier en collaboration avec ses deux médecins adjoints, les D^{rs} F. Rougé et J. Levêque, se trouvent nombre de faits qu'il n'est pas sans intérêt de signaler.

Et d'abord, les admissions, qui ont été, en 1914, au nombre de 227 (105 hommes et 122 femmes). Sur ces 227 malades, 116 étaient admis pour la première fois, 42 par suite de rechute et 69 par transfert. M. C. Rougé ne donne le diagnostic des formes mentales que chez les 116 admis pour la première fois, et dans le tableau qu'il a établi, on trouve 56 cas de folie simple, c'est-à-dire près de la moitié des entrants pour la première fois, puis 5 cas de folie alcoolique, 11 paralytiques

généraux, etc. 5 cas seulement d'alcoolisme! Décidément, les départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales sont privilégiés et les ligues antialcooliques peuvent porter ailleurs leur apostolat. Mais ne triomphons pas trop vite. En tournant deux feuillets, on trouve, sur un tableau des formes mentales pour la population traitée en 1914, 47 cas d'alcoolisme aigu ou chronique (37 hommes, 10 femmes), plus 9 cas de folie des dégénérés avec antécédent alcoolique (8 hommes, 1 femme), soit 56 cas (45 hommes, 11 femmes) qui peuvent être mis sur le compte de l'alcool; soit 4,30 p. 100. La proportion est faible, comme on le voit, et les départements qui font soigner leurs aliénés à l'asile de Limoux sont donc véritablement des privilégiés à ce point de vue, quand on les compare à certains départements, de la Normandie par exemple.

Les lecteurs des *Annales* connaissent l'important travail que M. le Dr C. Rougé a publié en 1913 sur les « Fébricitants délirants pris pour des aliénés ». Il revient sur cette question dans son rapport. Il rappelle d'abord que, il y a quelques années, le préfet de l'Aude a bien voulu, sur sa demande, faire ajouter au certificat médical à fournir pour l'admission à l'asile de malades du département, un renseignement relatif à la température centrale de l'aliéné ou supposé tel à interner. Cette constatation peut, en effet, être nécessaire pour éviter des internements de malades atteints d'affections autres que l'aliénation mentale, telles que les maladies infectieuses à leur période initiale. Ce qui justifie l'utilité de cette mesure, c'est l'absence d'internements injustifiés depuis qu'elle est appliquée. Plus de ces erreurs de diagnostic chez les malades placés par arrêté préfectoral; il n'en est pas de même pour les pensionnaires, et notre savant confrère cite encore trois cas de ce genre pour l'année 1914, rentrant dans la catégorie de ces fébricitants délirants pris pour des aliénés.

A M. le Dr F. Rougé est échue la tâche de faire pour le rapport le mouvement médical de l'infirmerie des hommes. Il a relevé 290 cas d'affections médicales et 31 cas d'affections chirurgicales; mais, en somme, des affections banales, pas d'épidémie; la tuberculose est rare dans le service. Quant aux décès, ils sont au nombre de 41 sur 1.278 malades traités, ou 7,4 p. 100. Comme de raison, le chiffre des décès par affections du système nerveux est très élevé (26 sur 41).

Dans la partie du rapport consacrée aux indigentes femmes et due à M^{lle} J. Lévêque, médecin-adjoint, on constate que,

sur 551 malades, il y a eu, en 1914, 40 décès, ce qui donne une proportion de 7,2 p. 100 proportion à peu de chose près la même que chez les hommes. Quant à la morbidité, elle a été la suivante : 28 affections médicales, 23 affections chirurgicales. Parmi les premières, on compte trois cas de fièvre typhoïde, dont l'un est très intéressant. Il s'agit d'une femme atteinte de folie puerpérale, qui présenta les premiers symptômes de la dothiéntérie peu après son entrée dans l'asile; au délire vésanique succéda un délire fébrile avec complications graves du côté du poumon et du cœur. La maladie dura deux mois, au bout desquels on vit une accalmie se produire; plongée jusque-là dans une sorte de stupeur, la malade parut s'éveiller au début de la convalescence; puis une amélioration lente, mais progressive, la conduisit à une complète guérison. C'est là un nouveau fait à ajouter à ceux, très nombreux, qu'on a classés sous la dénomination de crises par substitution dans le chapitre des terminaisons critiques de la folie.

M^{lle} J. Lévêque termine son rapport par quelques brèves considérations sur l'influence que l'horrible guerre actuelle pourrait avoir sur la pathogénie de l'aliénation mentale. Elle a constaté que l'année 1914 « a eu peu d'influence sur le mouvement de la population des indigentes femmes de l'asile ». En sera-t-il toujours ainsi? Nous en acceptons l'augure; mais que de causes pathogéniques la guerre, qui se prolonge, peut produire à la longue, même dans les lieux distants des endroits où l'on se bat! L'avenir, et un avenir prochain, nous éclairera sur ce point délicat d'étiologie des maladies mentales.

On peut voir, par l'analyse précédente, qu'il y a toujours intérêt et profit à lire les rapports annuels des médecins des asiles d'aliénés et qu'on y trouve à glaner des faits intéressants. J'estime que ceux qui se publieront durant et après les horribles événements que nous traversons constitueront les documents d'une haute valeur médicale et sociale, qui nous aideront à porter la lumière sur le problème de l'influence des grands événements sociaux sur le développement de la folie.

ANT. RITTI.

L'emozione. Studio di psicologia generale (Les émotions. Étude de psychologie générale); par le D^r Salmon. Brochure in-8° extraite des *Quaderni di psichiatria*, Gênes, 1915.

Les théories sur l'émotion sont, les unes intellectualistes

(Herbart, Nohlowsky), d'autres périphériques (James, Lange), quelques auteurs, surtout français (Dumas, Sollier, Ribot, Paulhan), ont cherché à créer des théories mixtes. Pour Salmon, aucune d'elles ne rend un compte exact et complet des phénomènes psychologiques de l'émotion. C'est pourquoi il en propose une qui se rattache à la théorie des idées-forces de L. Fouillée. L'émotion se traduit par de nombreuses manifestations dynamiques : il faut donc chercher à expliquer l'origine de l'énergie affective. Cette notion permet de comprendre les rapports qui unissent l'émotion à l'instinct, qui est une réaction motrice innée, à une excitation périphérique ou centrale. Les émotions même les plus différentes quant à leurs manifestations extérieures ont toutes à leur base un fond commun d'actes dynamiques : troubles vaso-moteurs, circulatoires, respiratoires, etc. ; aucun de ces troubles n'est exclusif d'une émotion déterminée, mais on les rencontre dans toutes à des degrés divers. Cette énergie est pour l'auteur une manifestation kinesthésique très voisine de celle que l'on trouve au moment de l'accomplissement des actes volontaires automatiques et instinctifs. La kinesthésie peut être mise en mouvement aussi bien par un excitant psychique que par un excitant organique (physiologique). De plus, certains agents physiologiques, thérapeutiques ou toxiques provoquent une kinesthésie spéciale qui, elle-même, sera l'origine d'un état cénesthésique particulier. C'est ainsi qu'agissent le haschish, l'alcool, le vin comme producteurs de gaieté, de même l'hyperthyroïdisme. La tristesse se rencontre dans certaines maladies par intoxications endo ou exogènes. L'émotion est pour Salmon la réaction brusque des centres kinesthésiques aux tendances du moi et surtout à ses tendances instinctives lorsque les objets extérieurs tendent à troubler l'état cénesthésique de la personnalité du sujet. Les émotions les plus différenciées sont donc la surprise, la peur, la colère et celles liées aux états sexuels. Cette énergie dynamique (kinesthésie) diffuse aux centres cérébro-spinaux qui régissent toutes les fonctions de la vie, sécrétion, état des viscères, phénomènes vaso-moteurs, etc. Le bulbe paraît être surtout modifié dans l'émotion sans que l'on puisse admettre qu'il en soit le siège exclusif. Les troubles psychiques d'origine émotive sont également expliqués par les rapports de la cénesthésie et de la personnalité. Les sentiments sont des émotions intellectualisées qui agissent sur les états dynamo-kinesthésiques qu'ils déterminent, par les représentations sub-

conscientes qu'ils évoquent. Ils sont d'ailleurs facteurs de l'évolution sociale. Sollier a cependant montré que la joie et la tristesse sont de simples sensations cénesthésiques qui sont tout aussi bien sous la dépendance de causes purement organiques que sous l'action des excitations psychiques. L'expression de la joie et de la tristesse dépendent de l'augmentation et de la dépression du dynamisme des centres kinesthésiques. Le plaisir et la douleur moraux sont de même des sensations cénesthésiques de joie et de tristesse provoquées par les représentations psychiques suivant qu'elles s'accordent ou non avec la personnalité actuelle du sujet et dépendant à la fois de l'état cénesthésique antérieur et de l'émotion-choc qui les précède immédiatement. La théorie kinesthésique de l'émotion est encore confirmée par l'étude des phénomènes hystériques : il y a, dans ces cas, hyperexcitabilité des centres cénesthésiques et kinesthésiques, d'où exagération de la fixation de l'énergie affective par rapport aux images évoquées ou perçues. Cette nouvelle théorie aura au moins l'avantage de nous débarrasser de l'incompréhensible libido de Freud.

L. WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AL. PARIS Aliénation mentale et état de guerre; leurs rapports dans notre région. 21 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de médecine de Nancy*, séance du 31 juillet 1915.

MANLIO FERRARI et DARIO BORELLI. Lesione cerebrale con anomalia viscerali in un caso di epilessia. 11 pages in-8°. Extrait de la *Liguria medica*, 1915.

M. FERRARI. Le sindrome epilettiche nella clinica contemporanea. 6 pages in-8°. Milan, s. d.

— Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della regione mediale dei lobi prefrontali. 6 pages in-8°. Extrait des *Atti del IV Congresso della Società italiana di Neurologia*. Firenze, 1914.

C. ROUGÉ, F. ROUGÉ et J. LÉVÊQUE. Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Limoux (Aude). Année 1914. 23 pages in-8°. Limoux. Imprimerie J.-M. Talarnas, 1915.

ROGER DUPOUY. Note sur les commotions cérébro-médullaires par explosion d'obus sans blessure extérieure. 5 pages

in-8° avec figure. Extrait des *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 29 octobre 1915.

F. TISSOT. Rapport médical et compte rendu administratif de l'asile d'aliénés d'Auch (Gers) pour l'année 1912. 50 pages in-8°. Auch. Typographie Bouquet et C^{ie}, 1914.

— Rapport médical et compte rendu administratif de l'asile d'Auch pour l'année 1914. 29 pages in-8°. Auch, 1915.

STEPHEN CHAUVET. L'infantilisme hypophysaire, précédé d'une introduction à l'étude des infantilismes et d'une classification des syndromes épiphysaires. 1 vol. in-8° de 333 pages. Paris. A. Maloine, 1914.

JULES RENAUX. Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles. *Thèse de la Faculté de Paris*. 94 pages in-8°, 1915.

EDITH KATHLEEN JONES. The hospital library. Books for the patients. 12 pages in-8°. Extrait de *The modern hospital*, octobre 1915.

— On books and reading. Outline of a course of Lectures for nurses in hospitals. 7 pages in-8°. Extrait de *The American of insanity*, octobre 1915.

F.-L. WELLS. Healy's « The individual delinquent ». 4 pages in-8°. Extrait de *The psychological Bulletin*, 15 juillet 1915.

MAIRET. L'âme allemande. 23 pages in-8°. Montpellier. Roumégous et Déhan, imprimeurs, 1915.

PHILIP COOMBS KNAPP. Two cases of removal of extradural tumor of the spinal cord. 15 pages in-8° avec figures. Extrait du *Journal of nervous and mental diseases*, janvier 1914.

— The treatment of cases of mental disorder in general hospitals. 18 pages in-12. Extrait du *Boston medical and surgical journal*, numéro du 23 avril 1914.

— Pulmonary complications of apoplexy. 5 pages in-8°. Extrait du *Journal of nervous and mental diseases*, mars 1915.

— A case of retro-antegrade amnesia following gas poisoning. 16 pages in-8°. Extrait de *The American Journal of insanity*, octobre 1915.

— Criminal responsibility. 16 pages in-8°. Extrait du *Journal of criminal law and criminology*, novembre 1915.

Revista de la Sociedad de psiquiatria, neurologia y medicina legal. Trabajos presentados durante el tercero y cuarto año de funciamiento, 1913-1914. 192 pages in-8° avec planches. Buenos-Aires, 1915.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Citations. — Nous sommes heureux d'enregistrer plusieurs citations obtenues par nos collègues qui se trouvent sur le front de Verdun.

Et d'abord une *citation à l'ordre de la division*, obtenue, le 16 mars 1916, par notre collaborateur, M. le D^r Paul Voivenel, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Toulouse :

« Le médecin aide-major de 1^{re} classe PAUL VOIVENEL du 211^e régiment d'infanterie : A prodigué des soins aux blessés sous un bombardement des plus intenses. Demeuré enseveli dans son poste de secours de 11 heures à 19 heures, ayant eu des hommes blessés à ses côtés, n'a songé, dès son dégagement, qu'à mettre en sécurité les blessés qu'il avait avec lui ; a recueilli, maison par maison, tous les hommes blessés dans le village, a dirigé les brancardiers avec énergie et autorité ; n'est parti que le dernier, tous les blessés de son corps et des corps voisins étant évacués, du village soumis à un tir d'artillerie de barrage violent et n'a cessé de partager tous les dangers des combattants du régiment. » (Troisième citation.)

M. le D^r Paul Guiraud, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Tours, ancien interne de la Maison nationale de Charenton, a obtenu, dans le courant d'avril, les deux citations suivantes. La première est une *citation à l'ordre de la brigade* :

« Le médecin aide-major de 2^e classe GUIRAUD (PAUL) du 409^e régiment d'infanterie : Au cours d'un coup de main exécuté sur un ouvrage ennemi, a organisé les secours avec un dévouement remarquable, sous un bombardement violent et n'a pas hésité à se porter où sa présence était utile pour soulager les blessés. Très méritant. Croix de guerre. »

La seconde est une *citation à l'ordre de l'armée* :

« Le médecin aide-major de 2^e classe GUIRAUD (PAUL-LOUIS-ÉMILE) du 409^e régiment d'infanterie : S'est montré d'un dévouement absolu dans les soins à donner aux blessés dans les derniers combats. Quoique très souffrant, est resté jusqu'au 12 au soir à son poste de secours situé tout près des

lignes ennemies soignant et évacuant non seulement les blessés du régiment mais encore ceux des autres unités. Epuisé à son retour au corps, a dû être évacué. N'est resté à l'arrière qu'une nuit et a rejoint le régiment de nouveau. Croix de guerre avec palme. »

La dernière citation obtenue sur le front de Verdun est celle de M. le D^r René Bessière, médecin-adjoint des asiles : c'est une *citation à l'ordre du corps d'armée*.

« Le médecin aide-major de 2^e classe BESSIERE (PIERRE-CHARLES-LOUIS) du 3^e bataillon de chasseurs à pied. Au bataillon depuis le début de la campagne. A fait preuve à maintes reprises de bravoure, de calme et d'intelligence dans les circonstances les plus critiques. Vient encore de rendre au bataillon les services les plus signalés en dirigeant pendant la période du 9 mars au 11 avril l'évacuation des blessés dans les circonstances les plus périlleuses. »

Sur d'autres fronts, plusieurs de nos jeunes collègues ont été honorés de citations élogieuses. Et d'abord deux internes de la Maison nationale de Charenton, nommés médecins-adjoints des asiles d'aliénés au concours de 1914, MM. les D^{rs} Usse et Petit.

« Le D^r USSE, aide-major. A montré les plus belles qualités de sang-froid et d'énergie en faisant opérer les 10, 11 et 12 mars 1916, sur le champ de bataille soumis à un feu violent de l'ennemi, la relève des blessés à qui il a prodigué ses soins avec un dévouement au-dessus de tout éloge. »

« Le médecin aide-major GEORGES PETIT. Ne cesse de se distinguer par son dévouement professionnel, avec un absolu mépris du danger. Est allé, à la tête de volontaires, relever, à quelques pas des tranchées ennemies et sur un terrain battu par ses mitrailleuses, les corps de onze chasseurs qu'il a ramenés dans nos lignes. » (Croix de guerre.)

M. le D^r Frantz Adam, ancien interne de la Maison nationale de Charenton, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, a obtenu la *citation à l'ordre de la division* suivante :

« Le médecin-major F. ADAM : Blessé deux fois depuis le début de la campagne, est revenu, à peine guéri et sur son insistance, reprendre sa place sur le front. A assuré, du 20 décembre au 6 janvier, son service dans des conditions les plus pénibles et donnant à tout son personnel, l'exemple du devoir et du dévouement. »

Enfin, nous recevons à la dernière heure la *citation à l'ordre de la brigade* de M. le D^r Abely, interne des asiles de la Seine.

« Le médecin aide-major de 2^e classe de réserve ABELY du 263^e d'infanterie. Est sur le front depuis le début de la campagne. A, en plusieurs circonstances, fait preuve de beaucoup

de dévouement et d'un grand courage, notamment, le 6 octobre 1914, à Popincourt, où il est allé en terrain découvert et à proximité des lignes ennemies relever, en plein jour, un officier blessé appartenant à un régiment voisin. »

Erratum. — Il s'est glissé une faute d'impression dans notre dernier numéro : une citation élogieuse avec croix de guerre a été attribuée à tort à M. *Truelle*, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard. Il faut lire *Trenel*, qui est, il est vrai, lui aussi, médecin en chef au même asile.

NÉCROLOGIE

D^r SERGE SOUKHANOFF. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre distingué collaborateur, le D^r Serge Soukhanoff, décédé à Petrograd, le 3 janvier dernier, dans sa quarante-neuvième année.

Serge Soukhanoff est né, en 1867, en Sibérie. Après d'excellentes études faites au gymnase de sa ville natale, il se rendit à Moscou et se fit inscrire à la Faculté de Médecine de l'Université de cette ville. Reçu docteur en 1891, il obtint peu après la place de médecin externe à la Clinique psychiatrique de Moscou, alors dirigée par le regretté professeur Korsakoff. Ses connaissances étendues, son habileté clinique, son zèle, son activité, le signalèrent à l'attention de ses maîtres, qui contribuèrent à le faire nommer médecin en chef, puis professeur agrégé. En cette dernière qualité, il fut appelé à faire des conférences, qui furent très suivies, sur « la sémiologie et le diagnostic des maladies mentales ». Le succès de ces conférences le fit désigner pour faire aux étudiants de la Faculté de Philologie un cours de psychologie pathologique. Ce double enseignement ne suffisait pas à son activité, il consacrait encore des heures nombreuses à des leçons à de futurs infirmiers et infirmières d'aliénés pour les préparer aux multiples difficultés de leurs fonctions.

Ses nombreux travaux scientifiques, ainsi que son enseignement si goûté, l'ayant mis en vue, Soukhanoff était désigné, à la première vacance, pour une place dans un établissement d'aliénés de Petrograd : ce qui eut lieu en 1908, où il fut nommé médecin en chef de l'hôpital de Notre-Dame-des-Affligés pour les aliénés.

Son titre de professeur agrégé lui ouvrit les portes des diverses facultés de l'Université de la capitale. C'est ainsi qu'il fit un cours de psychologie pathologique à la Faculté de Philologie, et un cours de médecine légale des aliénés à la Faculté de Droit ; enfin, il fut appelé à faire des conférences de psychiatrie aux étudiants des Cours Bestougersky.

Mais, de toutes ces formes d'enseignement, celle qu'il préférait était la leçon clinique qu'il faisait tous les dimanches dans son service, avec présentations de malades, devant un nombreux auditoire d'étudiants et d'étudiantes. Avec quel soin chaque leçon était préparée! Mais aussi combien elle était goûtée! Soukhanoff forma ainsi de nombreux disciples qui firent grand honneur au maître.

Soukhanoff a beaucoup écrit. Les travaux qu'il a publiés sont au nombre de plus de deux cents. Ce sont surtout, outre trois grands ouvrages sur la médecine mentale, des mémoires du plus grand intérêt sur des questions les plus diverses d'anatomie et de physiologie du système nerveux, de psychologie, de neuro-pathologie et surtout de psychiatrie. Tous ces mémoires, dont la plupart seront toujours consultés avec fruit, dénotent une grande érudition, une connaissance étendue des sujets traités, de rares qualités d'observation.

Soukhanoff, qui faisait partie d'un grand nombre de sociétés savantes de Moscou et de Petrograd, était membre associé étranger de la Société médico-psychologique depuis le 27 juillet 1896.

Notre regretté collaborateur jouissait d'une santé excellente; grâce à elle il pouvait suffire aux nombreuses tâches qu'il avait assumées. Toute la journée, il se livrait au travail, et même une partie de la nuit, ne dormant souvent que quatre ou cinq heures. La clientèle était venue à lui : riches et pauvres le consultaient; chose rare et toute en son honneur, ce sont les derniers à qui il donnait la préférence.

Soukhanoff avait trouvé le bonheur dans son intérieur. M^{me} Elise Soukhanoff était la digne femme de ce savant; elle avait été initiée par lui dans ses études et l'aidait dans ses recherches. Digne élève d'un tel maître, elle s'était passionnée pour toutes les questions concernant notre spécialité, au point de pouvoir collaborer avec son mari et faire pour les *Annales médico-psychologiques* d'excellentes analyses des travaux russes de médecine mentale et nerveuse.

Au mois de décembre 1915, notre savant collaborateur ressentit les premiers symptômes alarmants du mal qui devait l'emporter. Malgré les douleurs, souvent très vives, qu'il ressentait, il continua à faire son service d'hôpital et ses cours cliniques de maladies mentales. Mais quinze jours avant sa mort, il fut obligé de s'aliter; il ne devait plus se relever. Le 3 janvier 1916, il succombait à la suite d'une maladie du foie, compliquée d'hypertrophie totale du cœur.

Les *Annales* perdent en Soukhanoff un collaborateur dévoué; elles adressent à sa veuve désolée, l'hommage de leur douloureuse sympathie. — A. R.

L'ALCOOL ET LA CRIMINALITÉ

Sous ce titre, *le Journal des Débats* (numéro du 5 juin 1916) publie l'article suivant, que nous croyons devoir reproduire :

« Avant-hier, à la Plaine Saint-Denis, un enfant de treize ans se précipitait tout en larmes dans l'escalier de sa maison en criant : « Mon père vient de tuer ma mère. » Les voisins accoururent ; près du cadavre d'une jeune femme de trente-trois ans, dont la carotide était tranchée d'un coup de couteau, on trouva en effet le mari, hébété par l'ivresse, et qui se laissa emmener sans résistance ; il balbutia qu'il avait cédé à un accès de jalousie et ne nia pas du reste avoir « bu plus que d'habitude ». De ce fait, sept enfants restent orphelins de mère et ont un père assassin.

« D'autre part, dans un des derniers numéros du *Manuel général de l'instruction primaire* nous cueillons la statistique suivante : Sur six criminels condamnés pendant une seule session des assises du Calvados, il y a cinq alcooliques. Le premier, incendiaire, invoque comme excuse devant les jurés : « J'étais ivre. » Le second, incendiaire, déclare : « On ne se rappelle pas, on était saoul. » Le troisième, également incendiaire, se sert néanmoins d'un vocabulaire plus académique : « J'ai agi sous l'empire de l'ivresse. » Le quatrième, homicide, et qui, ayant touché sa paye, avait absorbé avant le meurtre pour 10 francs d'eau-de-vie, confesse : « J'étais un peu excité. J'avais bu un petit coup. Vous savez ce que c'est. » Le cinquième enfin, empoisonneur, se trouve sans doute tellement abruti par les spiritueux qu'il n'est capable de rien dire ; mais on sait qu'il passait sa vie au cabaret et qu'il y dépensait consciencieusement tous ses gains.

« Et nous ne pensons pas qu'il soit indispensable d'ajouter aucun commentaire à ce bouquet d'anecdotes. Nous les dédions simplement à ce débitant lyrique qui, voici quelques mois, après avoir flétri dans les journaux « les établissements laqués de blanc où l'on avale des œufs à la coque et de l'eau pure », nous montrait comment se comporte « le vrai Français », et complétait le tableau par des vues véritablement neuves sur les causes qui ont présidé à la grandeur intellectuelle et morale de la France : « Le vrai Français, disait-il, n'a rien d'un abstinent ; il boit sec et il boit bien. Notre vin national, nos cognacs et nos eaux-de-vie de région, nos grandes liqueurs ont contribué tout autant que notre littérature et notre vie de société à créer ce type de soldat-citoyen qui fait l'admiration du monde entier. »

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIMUM

Arrestations de marchands de cocaïne. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du dimanche 11 juin 1916) :

Loin de s'atténuer, la passion des stupéfiants s'étend encore, semble-t-il, parmi les habitués de certains endroits de Montmartre.

Hier encore, un individu était surpris en train de vendre 70 francs un flacon de 30 grammes de chlorhydrate de cocaïne à un jeune homme. Fouillé, il fut trouvé porteur de plusieurs flacons semblables. Nous savons qu'il s'agit d'un petit industriel, occupant trois ouvriers, rue de Clignancourt, et qui trouva très profitable d'ajouter au bénéfice de son industrie celui moins honnête du commerce de la drogue qu'il plaçait facilement à Montmartre où il allait volontiers s'amuser. A son atelier, où une perquisition a été faite, une grosse quantité, plus d'un kilo, du dangereux produit, a été trouvée.

D'autres perquisitions ont dû être faites dans la soirée, notamment en banlieue, au domicile du trafiquant.

Le fournisseur de cet individu ne sera sans doute pas difficile à trouver, car les flacons portaient chacun une étiquette d'origine imprimée.

Le Petit Journal du mardi 13 juin donne sur le fait précédent les renseignements complémentaires suivants :

La coco trouvée samedi, ainsi que nous l'avons annoncé, dans l'atelier d'un petit industriel de Montmartre, provenait bien de la grosse maison de produits chimiques dont l'étiquette était encore collée sur les flacons, mais ces flacons avaient été volés avec leur contenu par un des employés.

Cet employé a été arrêté dans la soirée de samedi, à Montreuil, où se trouve son domicile et l'usine de la maison où il travaille. C'est lui-même qui avait procuré ces flacons de coco à son ami le petit patron montmartrois.

Devant les tribunaux. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 1^{er} mai 1916) :

Le tribunal correctionnel de Toulon avait, en 1911, condamné par défaut à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende, pour vente illicite d'opium, Louis Lardenois, âgé de trente-deux ans, qui s'était alors réfugié en Angleterre.

Récemment extradé, cet individu a comparu de nouveau devant le tribunal de Toulon qui a confirmé à son encontre la condamnation de défaut.

Lardenois ayant été l'objet d'une même condamnation, par défaut également, pour vente d'opium, par les tribunaux de la

Seine, de Cherbourg, de Brest et de Lorient, aura à comparaître devant chacun de ces tribunaux.

— On lit dans *le Journal* (numéro du samedi 27 mai 1916) :

A l'audience de la huitième chambre correctionnelle se présente un pharmacien de la rue de Cléry, M. Georges Nardin, auquel on fait grief de se livrer, habituellement, au trafic de la cocaïne sans se conformer aux prescriptions légales.

Il serait, d'ailleurs, malaisé de contester la prévention dont il est l'objet ; car, lors de la perquisition opérée dans son coffre-fort du Crédit Lyonnais, on découvrit une grosse provision de cocaïne et... ses mémoires rédigés au jour le jour. Dans un feuillet, il se félicitait de gagner de l'argent en vendant de la drogue, dussent en mourir les cocaïnomanes !

Ce singulier pharmacien, qu'assistait M^e Francastel et qui était en état de récidive légale, est puni de deux mois de prison et de 3.000 francs d'amende.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Accident ou suicide? — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du lundi 24 avril 1916) :

Entre les stations métropolitaines de Jaurès-Aubervilliers, hier matin, une rame, conduite par le wattman Henri Foucher, quarante-trois ans, demeurant rue Danton, 53 bis, à Levallois, a écrasé un individu divaguant sur la voie.

La victime de cet accident, transportée au poste du commissariat du quartier de la Villette, rue de Tanger, a été reconnue : il s'agit d'un nommé Pierre Rossignol, cinquante-quatre ans, journalier, demeurant chez sa sœur, M^{me} Guillot, 17 bis, cité Lemièrre. Atteint d'aliénation mentale, il avait quitté le domicile de sa sœur hier matin.

Tentative d'homicide et suicide. — On télégraphie de Toulouse au *Journal* (numéro du mercredi 26 avril 1916) :

Au hameau de Belchat, près de Saint-Girons (Haute-Garonne), M^{me} Anouilh, receveuse des postes, dans un accès de fièvre provoqué par une longue maladie, a tenté de tuer son mari en le frappant avec un rasoir. La meurtrière s'est ensuite coupé la gorge avec la même arme et a succombé presque aussitôt à son atroce blessure. On espère sauver son mari, mais son état est très grave.

Le mobilier par la fenêtre. — Sous ce titre, *le Petit Journal* du samedi 20 mai 1916 publie le fait suivant :

M. Georges Colas, ingénieur, dont le domicile est avenue de Fontenay, à Lagny, avait, hier, loué une chambre dans un hôtel de la rue du Rocher. A peine en avait-il pris possession

qu'il se mettait à déménager le mobilier par la fenêtre en tenant des propos incohérents. Le malheureux était frappé d'aliénation mentale. On l'a transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Menaces de mort. — On lit dans *le Temps* (numéro du jeudi 8 juin 1916) :

Une demoiselle Marthe Salla, ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés, avait gravement injurié le maire de Ribiers. Arrêtée, elle fut relâchée à Gap, après constatation de son état mental. A son retour à Ribiers, elle s'est armée d'un fusil et a pénétré de force chez M. Abel, notaire, où elle s'est barricadée. Les gendarmes font le siège de la maison. M^{lle} Salla menace de tirer sur qui approchera ; on craint qu'elle ne mette le feu aux minutes de l'étude.

Une nouvelle Jeanne d'Arc. — On mande de Meaux au *Petit Journal* (numéro du lundi 12 juin 1916) :

Après avoir marché jour et nuit sous la pluie, M^{me} Génelle, vingt-neuf ans, demeurant 183, rue Saint-Denis, se disant inspirée pour combattre les Boches, arrivait à Meaux presque en même temps qu'un jeune garçon, Marius Bon, qui avait quitté le domicile de ses parents, 198, quai Jemmapes, pour se rendre sur le front. M^{me} Génelle, qui ne jouit pas de la plénitude de ses facultés, se prétendait la créatrice des fléchettes d'aéroplanes et des lunettes pour gaz asphyxiants. Leurs familles ont été informées.

Triple tentative de meurtre et suicide. — On mande de Melun au *Petit Journal* (numéro du mardi 13 juin 1916) :

Trois officiers du 7^e dragons se rendaient hier matin, vers 10 heures, au quartier de cavalerie Pajol, lorsque, à l'intersection des routes de Paris et de Brie, ils furent soudainement assaillis par un individu qui déchargea sur eux les balles d'un revolver.

Le capitaine Lecomte fut atteint de deux balles au cou, le capitaine Saint-Avoye reçut deux balles dans la poitrine, enfin le troisième officier, le sous-lieutenant de Lidekerke de Beauport, fut blessé plus légèrement aux jambes.

Malgré l'intervention rapide des témoins de cette scène et des soldats accourus de la caserne, le meurtrier eut le temps de se loger dans la tempe une dernière balle et il expirait quelques heures plus tard.

C'est un nommé Delasalle, âgé de vingt-huit ans, ancien canonnier au 48^e d'artillerie, réformé depuis l'année dernière. Il était originaire de Chalon-sur-Saône. On a trouvé sur lui une lettre qui prouve la préméditation de son acte criminel, mais indique qu'il s'agit d'un déséquilibré.

Les trois officiers sont soignés à l'Hôpital 20, et l'on pense que, sauf complications, ils survivront à leurs blessures.

Dans son numéro du mardi 14 juin, le *Temps* donne les renseignements suivants sur le meurtrier :

« C'était un déséquilibré, un véritable monomane, atteint du délire de la persécution. Elie Delasalle, qui est originaire de Montceau-les-Mines et travaillait, avant la guerre, à la fabrique des stores Baumann, à Melun, avait été réformé après la mobilisation, pour débilité mentale. Par la suite, il avait été employé comme infirmier à Chalon-sur-Saône. Puis, ayant dû quitter cette place en raison de son incapacité, il était revenu à Melun.

« On a trouvé sur lui des lettres diverses dont l'une était adressée à sa famille. Il y annonçait qu'il était décidé à ne pas mourir avant d'avoir tué des militaires.

« On a trouvé également dans ses vêtements plusieurs manuscrits remplis de considérations philosophiques, de divagations extravagantes sur la religion, la société, les gouvernements, etc. »

TRIBUNAUX

L'amputé est irresponsable. — Engagé volontaire, en 1911, au 3^e d'infanterie coloniale, Gaston Lachaud combattit à la Marne et fut blessé; on dut l'amputer de la jambe gauche à Vitry-le-François. Il fut réformé avec la médaille militaire et la croix de guerre. Lachaud vint à Paris, et, se disant ancien maréchal des logis d'aviation, il arbora en outre sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur. Il devint presque populaire dans le quartier des Champs-Élysées où il se montrait constamment et où il se faisait passer pour l'aviateur Guiton. On le fêta, et il fut invité dans des établissements à la mode. Le 1^{er} avril, un gentil mannequin, M^{lle} Friam P..., âgée de vingt-deux ans, prenait des consommations avec le soldat mutilé dans un bar de la rue Castiglione, quand, en manière de plaisanterie, il lui prit dans son réticule une somme de 140 francs. Arrêté quelques jours plus tard, il invectiva les agents et se répandit en propos incohérents.

Il a comparu, hier, devant la 8^e chambre correctionnelle, qui a estimé, d'après le rapport même du D^r Vallon, qui a examiné Lachaud, que ce dernier n'était pas responsable de ses actes et l'a acquitté. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 8 juin 1916.)

FAITS DIVERS

Sommeil somnambulique. — On mande de Lecce (Italie) au *Petit Journal* (numéro du samedi 22 avril 1916) :

Les journaux italiens relatent le curieux cas de sommeil dû à

la catalepsie d'un certain Antoine Russo, cordonnier à Laverano, localité de la province de Lecce (Italie).

Lorsque au premier jour de la guerre italienne, Antoine Russo reçut son ordre de mobilisation, il se coucha tranquillement, le soir, comme d'habitude; mais depuis, il ne s'est plus réveillé. Toutes les tentatives faites pour le sortir de sa léthargie sont demeurées sans résultat. De nombreux médecins ont visité ce nouvel Epiménide, qu'on nourrit artificiellement et dont le sommeil dure depuis bientôt onze mois. Il y a quelques jours, il prononça le mot : « Mamma » (c'est-à-dire : maman), et ce fut tout.

Les étapes de l'éthéromane. — Sous ce titre, le *Petit Journal* du mercredi 26 avril 1916 publie le fait suivant :

Augustine Berger, âgée de vingt cinq ans, demeurant en hôtel, se présentait, hier après-midi, dans une pharmacie de l'avenue Jean-Jaurès, et, sous prétexte qu'elle se sentait défaillir, demandait un morceau de sucre trempé dans l'éther.

Le pharmacien, lui, ne s'y trompa pas. Il vit à qui il avait affaire : il fit mander un agent qui conduisit Augustine Berger, dans un état lamentable, au commissariat de police du quartier d'Amérique.

Là, elle déclara que, depuis fort longtemps, elle entraînait ainsi tantôt dans une pharmacie, tantôt dans une autre, où, moyennant quelques sous, on lui donnait soit un morceau de sucre trempé dans l'éther, soit quelques gouttes d'éther pur. Elle dépensait ainsi, avouait-elle, près de cinq francs par jour.

Comme elle a subi déjà sept condamnations, on l'a envoyée au Dépôt.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

INFLUENCE

DE

LA GUERRE ACTUELLE

1° Sur le mouvement de la population de l'asile de Limoux
du 2 août 1914 au 31 décembre 1915;

2° Sur les psychoses des aliénés internés pendant la même époque,

Par le Dr C. ROUGÉ,
Médecin en chef de l'asile.

PREMIÈRE PARTIE

Mouvement de la population de l'asile de Limoux
du 2 août 1914 au 31 décembre 1915.

Dans un très long mémoire inséré dans les *Annales médico-psychologiques* des années 1872-73-74, feu Lunnier, inspecteur général du Service des aliénés, a traité : De l'influence des événements de 1870-71 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France.

Il a divisé les nombreux documents qu'il a recueillis

(375 cas observés dans les divers asiles de France) en quatre groupes comprenant tous les départements : 1^{re} série, comprenant les 21 départements encore occupés ou évacués après le 1^{er} juillet 1871 ; 2^e série, les 9 départements occupés vers la fin de 1870 et évacués en mars 1871 ; 3^e série, les 11 départements limitrophes de la région envahie par l'armée allemande ; 4^e série, tous les départements (48) plus ou moins éloignés de la région envahie.

Je résume ci-dessous quelques-uns des résultats obtenus par Lunier :

A. — *Chiffre des admissions.*

En comparant le nombre des admissions de l'année qui a précédé la guerre, c'est-à-dire du 1^{er} juillet 1869 au 1^{er} juillet 1870, à celui de l'année suivante, du 1^{er} juillet 1870 au 1^{er} juillet 1871, c'est-à-dire pendant la guerre et la Commune, Lunier a trouvé une différence de 1.412 admissions, c'est-à-dire, 12,11 p. 100 en moins pour l'année de la guerre. La diminution a été de 30,38 p. 100 dans le premier groupe de départements, de 9,37 dans le deuxième, néant dans le troisième (départements limitrophes) où l'on a dû envoyer un assez grand nombre de malades devenus aliénés dans les départements envahis et de 6,72 p. 100 dans le quatrième, c'est-à-dire, dans le groupe dont font partie les deux départements ressortissant de l'asile de Limoux (asile privé faisant fonction d'asile public pour les départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales).

B. — *Maladies mentales produites par les événements.*

Lunier a établi que le pourcentage des cas de folie dus à l'influence de la guerre, dans les asiles français, a été :

	Hommes.	Femmes.
1 ^{er} groupe. . . .	18,05 p. 100.	12,77 p. 100.
2 ^e groupe. . . .	21,37 —	15,45 —
3 ^e groupe. . . .	20,15 —	10,54 —
4 ^e groupe. . . .	9,14 —	5,33 —

La guerre de 1870-71 aurait donc eu une influence un peu moins que moitié moindre dans le quatrième groupe, c'est-à-dire, dans nos départements, que dans les départements envahis ou limitrophes de ces derniers.

Il ressort de la première statistique que le chiffre des admissions dans toute la France a été moindre pendant la période de la guerre que pendant la même période de l'année qui l'a précédée et, de la deuxième statistique, que la guerre de 1870-71 a eu une influence soit directe, soit indirecte sur la production de la folie en France.

Ces faits, qui paraissent contradictoires, ont été constatés dans d'autres commotions politiques. Si l'influence des événements sur le développement de la folie a été bien établie, il a été constaté aussi que le nombre des aliénés n'a pas augmenté, qu'il a été, plutôt, diminué.

On peut attribuer cette diminution, pour les asiles publics, à la perturbation apportée dans le fonctionnement du service, à la parcimonie des administrations départementales ; pour les asiles privés, au changement dans la fortune des familles, etc. Mais il a paru à des aliénistes célèbres, Esquirol, Baillarger, Morel, que la cause principale était la suspension des causes habituelles qui agissent dans les moments de calme, de prospérité : « Si les bouleversements politiques amènent avec eux des causes réelles et puissantes de folie, il faut reconnaître aussi qu'ils suspendent d'autres influences qui, dans les temps de calme et de prospérité, produisent souvent cette maladie. » (Baillarger.)

Marcé estime que les événements politiques, les révolutions, n'exaltent et ne conduisent à la folie que les

individus déjà prédisposés et qui, probablement, seraient devenus aliénés à propos de toute autre cause. C'est aussi l'impression qui m'est restée de l'observation des malades qu'il m'a été donné de voir dans ma petite sphère.

On verra, dans le cours de cet article, combien les réflexions de Baillarger sont justes et, surtout, appropriées à la population féminine de notre région.

Je passe maintenant à l'asile de Limoux. Pour mieux faire apprécier les changements survenus dans la population de notre asile pendant la guerre actuelle, je la diviserai en trois périodes : la première allant du 2 août au 31 décembre 1914; la seconde, du 1^{er} janvier au 2 août 1915, ce qui fera une année entière; et, enfin, une troisième du 2 août au 31 décembre 1915. Pour les deux premières, c'est-à-dire, pour l'année qui a suivi la déclaration de guerre, je comparerai le mouvement de la population de l'asile à celui des périodes correspondantes de l'année qui l'a immédiatement précédée.

TABLEAU I (1^{re} période). — *Chiffre des admissions.*

	Hommes.	Femmes.	Total.
	—	—	—
Du 2 août au 31 décembre 1913.	31	43	74
Du 2 août au 31 décembre 1914.	42	26	68(1)

Ce tableau nous montre que, pendant la première période de la guerre, il y a eu augmentation du nombre d'aliénés hommes et diminution du nombre d'aliénés femmes.

Sur les 42 hommes, j'ai trouvé 15 cas où la guerre a agi manifestement comme cause provocatrice ou déterminante de la folie, soit une proportion de 35,7 p. 100.

(1) Ne sont pas compris les 69 aliénés, hommes et femmes, transférés des asiles de la Seine, sous la menace de l'investissement de Paris.

Pour le moment, je me contente de noter que, sur ces 15 cas, il se trouve 8 mobilisés (réservistes, services auxiliaires, territoriaux) et 1 soldat de l'armée active.

Sur les 26 femmes, 5 sont devenues aliénées à l'occasion de la guerre, soit une proportion de 19 p. 100.

TABLEAU II (2^e période). — *Chiffre des admissions.*

	Hommes.	Femmes.	Total.
Du 1 ^{er} janvier au 2 août 1914.	33	60	93
Du 1 ^{er} janvier au 2 août 1915.	37	47	84

Ce tableau indique encore une légère augmentation dans le nombre d'hommes devenus aliénés, admis pendant la deuxième période de la guerre et, encore, une diminution sensible dans celui des femmes en comparaison avec le nombre d'admission des uns et des autres pendant la période de paix correspondante de l'année précédente.

Je tiens beaucoup à faire observer que, sur ces 37 hommes, il y a 2 soldats de l'armée active et, seulement, 1 mobilisé, alors que ces derniers étaient au nombre de 8 dans la première période qui, cependant, était plus courte de un mois.

En additionnant les résultats des tableaux I et II, c'est-à-dire les chiffres des admissions pendant la première année de la guerre et les comparant à ceux de l'année qui l'a immédiatement précédée, nous trouvons :

TABLEAU III (1^{re} et 2^e périodes).

	Hommes.	Femmes.	Total.
Du 2 août 1913 au 2 août 1914.	64	103	177
Du 2 août 1914 au 2 août 1915.	79	73	152

Il y a donc eu, pendant la première année de la guerre, moins d'admissions que pendant l'année qui a précédé ; mais cette diminution porte exclusivement sur les femmes (30 en moins).

Il y a, au contraire, augmentation de 15 unités chez les hommes. Cette augmentation doit être attribuée presque entièrement à l'entrée de 13 militaires, presque tous étrangers à nos deux départements. En défalquant les militaires, il ne resterait donc qu'une augmentation de deux unités dans le nombre d'hommes. Mais, si on considère que, dans les temps ordinaires, le nombre des admissions augmente généralement, chaque année, de quelques unités, on arrive à voir, qu'en réalité, le nombre d'hommes admis pendant la première année de guerre n'a ni augmenté, ni diminué.

Enfin, je crois devoir présenter un quatrième tableau indiquant le chiffre des admissions du 2 août au 31 décembre 1915 comparativement encore à celui de la même période de l'année 1913.

TABLEAU IV. — *Admissions.*

	Hommes.	Femmes.	Total.
	—	—	—
Du 2 août au 31 décembre 1913.	31	43	74
Du 2 août au 31 décembre 1915.	38	25	63

Ce tableau nous montre que le nombre d'admissions « femmes » qui avait été toujours en baisse dans les périodes précédentes, a continué à diminuer et que celui des hommes de la population civile est stationnaire; car, si de ces 38 hommes nous défalquons 7 militaires, il n'y a pas de différence entre la deuxième période de l'année 1913 et la période correspondante de l'année 1915 quant au nombre d'entrées « hommes ».

De ce qui précède, il me semble résulter clairement que, soit dans chacune des trois périodes établies qui vont du 2 août 1914 au 31 décembre 1915, soit dans leur ensemble, le nombre d'admissions des hommes de la population civile a été, à très peu de chose près, le même que celui de l'époque correspondante qui a pré-

cédé la guerre, tandis que le nombre d'admissions des femmes a été toujours beaucoup moindre. Ce dernier fait mérite d'autant plus d'être remarqué que la guerre a produit incontestablement beaucoup de folies chez les femmes.

Quant à l'influence de la guerre sur le développement des troubles mentaux des malades entrés durant cette longue période de guerre (dix-sept mois), elle fera l'objet des chapitres suivants. Néanmoins, je crois pouvoir dire par anticipation que malgré le cercle restreint de nos opérations — puisqu'elles ne concernent que deux départements qui comptent parmi les plus éloignés du théâtre de la guerre — j'ai fait des constatations qui me paraissent avoir un certain intérêt. Ce sont, par exemple, celles qui sont relatives aux aliénés militaires qui n'ont pas été au feu, et aussi, celles qui sont relatives aux femmes de notre région (Aude, Pyrénées-Orientales).

DEUXIÈME PARTIE

**Psychoses des aliénés internés du 2 août 1914
au 31 décembre 1915.**

OBSERVATIONS

Le souvenir qui m'était resté de la lecture du mémoire de Lunier m'a engagé, tout à fait dès le début de cette guerre, à recueillir les faits d'aliénation mentale qui s'y rapportaient. Ces observations ont été prises par moi et suivies attentivement depuis l'entrée des malades jusqu'à leur sortie, ou jusqu'au 31 décembre 1915 pour ceux qui se trouvaient encore en traitement à la fin de l'année 1915.

Avant de les publier, je me suis demandé si je n'allongerai pas trop cet article et sans grande utilité.

Je dois reconnaître, en effet, que ce travail, pris isolément, n'a qu'une importance médiocre vu le petit nombre de mes observations. Mais j'ai réfléchi que si ces observations se multipliaient dans les autres asiles, comme cela a eu lieu après la guerre de 1870-71, leur ensemble ne pourrait que conduire à une histoire complète et vécue de troubles psychiques qu'on n'avait jamais vus aussi nombreux et aussi variés après aucune des guerres ou des commotions politiques passées.

Sans s'exagérer la valeur de l'axiome : « *Ars tota in observationibus* » même avec le correctif « *perpendendæ et numerandæ* », il est incontestable que cette méthode a donné souvent des résultats très intéressants quelquefois remarquables. C'est par des recherches patientes, longtemps prolongées, plusieurs années (à vous, Kraepelin), c'est-à-dire par de nombreuses observations, prises avec la rigueur qui lui était habituelle, que Louis est arrivé à découvrir la fièvre typhoïde au milieu de ce chaos de fièvres, dites essentielles : muqueuse, putride, maligne, ataxique, adynamique, etc., etc.

Je m'occuperai, d'abord, des aliénés militaires et, ensuite, des aliénés appartenant à la population civile.

I. — PSYCHOSES DES ALIÉNÉS MILITAIRES INTERNÉS DU 2 AOUT 1914 AU 31 DÉCEMBRE 1915.

J'adopterai la division si naturelle de M. le professeur Régis (1) en les divisant en deux catégories : les psychoses des militaires n'ayant pas été au feu, survenues indirectement, à l'occasion de la guerre ; celles des militaires revenant du feu, chez qui la guerre a eu une action directe.

(1) *La Presse Médicale* du 27 mai 1915.

A. — *Aliénés militaires n'ayant pas été au feu.*

(*Observations.*)

Tous ces militaires n'ont passé que par les dépôts de Carcassonne, de Narbonne et de Perpignan avant leur entrée à l'asile.

OBS. I. — *Confusion mentale. Agitation. Amnésie. Hallucinations terrifiantes.* — D... (Jean), quarante et un ans, territorial, maréchal ferrant, marié, sans enfants. Entré le 12 août 1914. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Bonne santé antérieure.

Symptômes : A l'hôpital de Carcassonne, d'où il vient, exaltation cérébrale, perte de mémoire, embarras de la parole, crises de mutisme alternant avec des crises de colère. A l'asile, légère excitation; il veut nous raconter sa vie depuis qu'il a quitté sa maison, mais il ne peut y réussir, sa mémoire est infidèle et ses idées manquent de suite; il serait tombé de cheval et ne peut nous expliquer comment; en conduisant des chevaux à Castres, il serait passé dans son village sans presque en avoir conscience; le moindre bruit l'agace; il a peur, il est porté à crier, il lui semble voir déchiquter un homme.

Cinq jours après son entrée, le calme et la lucidité sont revenus et il écrit une lettre très sensée à ses parents. Sa famille attribue cette crise à l'émotion que lui a causé son départ. L'état mental continue à être satisfaisant et il sort, guéri, le 31 octobre suivant.

OBS. II. — *Deuxième accès de manie périodique. Confusion mentale.* — B... (Paul), cultivateur, célibataire, soldat au 127^e régiment territorial. Entré le 12 août 1914. A été déjà interné dans un autre asile.

Symptômes à l'asile : très loquace, tient des propos incohérents, se déchire, se met tout nu, fausses reconnaissances.

Quinze jours après son entrée, retour du calme et de la lucidité. Il est, dit-il, très nerveux, et l'émotion qu'il a ressentie en quittant sa maison lui a fait perdre la tête. Il serait parti à travers champs, aurait marché un jour et une nuit et aurait été trouvé endormi sur le sol, les pieds ensanglantés et repris par la gendarmerie sans se douter qu'il était déserteur.

Après des alternatives de calme et d'agitation et, durant cette dernière période, des idées mystiques et de persécution, des divagations, ce malade est sorti guéri le 7 septembre 1915.

OBS. III. — *Confusion mentale. Agitation extrême. Phobies.* — Th... (Jean), trente-cinq ans, cultivateur, célibataire, soldat au 127^e régiment territorial, Entré le 12 août 1914.

Symptômes : Crises de fureur, très difficile à contenir, voit des ennemis partout, complète désorientation, mutisme presque absolu, refus de toute nourriture.

D. Votre nom ? R. Je suis pour la paix. D. Voulez-vous aller à la guerre ? R. J'en arrive.

Prompte amélioration. Quinze jours après son entrée, Th... (Jean) était calme et avait repris l'usage et l'intégrité de ses facultés intellectuelles. S'est maintenu calme et raisonnable. Sorti guéri le 16 décembre 1914.

OBS. IV. — *Confusion mentale. Hallucinations terrifiantes. Appoint alcoolique.* — A... (Michel), trente-neuf ans, célibataire, fabricant de meules de moulin, soldat au 108^e régiment territorial. Entré le 3 septembre 1914.

Symptômes : Calme, délire de rêve, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, tremblement fibrillaire de la langue, des mains. Il nous raconte qu'il a quitté le wagon où il se trouvait avec ses camarades du régiment, qu'il a été rattrapé et conduit en prison sans avoir conscience de ses actes, qu'il ne lui en reste qu'un souvenir confus, qu'il a été gracié deux fois au moment d'être fusillé, qu'il a reçu un héritage étant en prison, etc. Il entend « qu'ils veulent le tuer » sans pouvoir désigner qui que ce soit. Il avoue qu'il a perdu la mémoire.

Dès le 11 septembre, A... (Michel) commence à se reconnaître; il comprend « qu'il battait la campagne »; il n'a plus peur d'être tué. Quinze jours après son entrée à l'asile, il avait recouvré sa complète lucidité. Il nous avoue, alors, qu'à cause de son métier, des poussières irritantes qu'il respirait, il était obligé de boire souvent, non pas de l'eau, mais du vin, qui donne de la force, 2 litres 1/2 à 3 litres par jour. Sorti guéri le 30 novembre 1914.

OBS. V. — *Demi-stupidité.* — P... (Georges), trente-cinq ans, célibataire, comptable dans une maison de commerce à Paris. Ce malade a été déjà placé pendant quelques mois dans une maison de santé. Il en était sorti en février 1914, et, depuis lors, avait repris ses occupations.

A l'hôpital militaire, P... a présenté une courte période de

légère excitation durant laquelle il s'est livré à des actes inconscients, a cherché à se jeter du haut d'une fenêtre.

A l'asile, P... a été toujours déprimé, hébété, quelquefois stupide, d'une indifférence complète. Perte des sentiments affectifs, taciturne, répondant parfois avec précision à nos questions, toujours à voix basse et difficilement perceptible, souvent gâteux. Cet état d'hébétude a persisté longtemps, sans changement notable. Il s'est amélioré, cependant, par la visite fréquente de sa mère qui est venue habiter Limoux. Sorti, très amélioré, le 17 avril 1915.

OBS. VI. — *Confusion mentale. Impulsions soudaines.* — S... (Alphonse), trente-cinq ans, cultivateur, marié, sans enfants, sa femme depuis longtemps malade à l'hospice; soldat territorial au 56^e régiment d'artillerie. Entré le 5 octobre 1914. Ce militaire, qui avait quitté son régiment et sauté d'un train en marche, nous vient de la prison de Carcassonne.

Symptômes : Calme, physionomie peu intelligente, l'air sournois. Il a répondu assez convenablement à certaines questions. Mais, sur les motifs qui lui ont fait quitter le régiment, qui l'ont porté à sauter d'un train en marche, etc., ses réponses sont vagues, embrouillées; on voit que ses souvenirs sont incohérents, confus; on l'a mis, dit-il, dans une maison qu'il ne peut nous désigner (la prison).

Le 9 octobre, il s'est jeté à l'improviste sur un malade en le saisissant à la gorge comme pour l'étrangler. Mis aussitôt en cellule, nous l'avons trouvé complètement nu. Un autre jour, il s'est encore jeté à l'improviste sur le gardien en cherchant à l'étrangler. Quand on lui demande la raison de ces actes de violence, il répond qu'il n'en sait rien et se met à pleurer.

A partir du commencement de novembre, ce malade est devenu calme et inoffensif; il s'occupe même un peu, sur sa demande; mais il est toujours triste, indifférent et ne demande pas sa sortie.

OBS. VII. — *Confusion mentale avec excitation. Délire mystique chez un débile.* — C... (Joseph), trente-quatre ans, employé de magasin, marié, un enfant, soldat réserviste au 280^e régiment d'infanterie. Entré le 12 octobre 1914. Au dépôt de son régiment, à Narbonne, a donné des signes d'exaltation religieuse, aurait crié en public : « Vive Jeanne d'Arc. La France est sauvée ». Il y a quelques années, il se serait jeté dans l'eau, un chapelet autour du cou.

A l'asile, C... (Joseph) est loquace, exubérant, tient des

propos enfantins, est indifférent à sa situation actuelle et au souvenir de sa famille. Actes déraisonnables et inconscients, se livre à des pratiques religieuses exagérées.

Quinze jours après son entrée, il reçoit la visite de sa mère, de sa femme et de sa fillette. Leur vue provoque aussitôt le retour des sentiments affectifs et de la raison. On pouvait espérer d'heureux résultats de cette visite; mais l'agitation et le désordre des idées ont reparu quelques jours après, et, depuis lors, il y a eu dans son état mental des alternatives de hausse et de baisse. Est sorti, le 13 mai 1915, seulement amélioré et sur les instances de sa famille qui attribue cette crise à l'émotion causée par son départ pour le régiment. Les renseignements pris me permettent de considérer Joseph C... comme atteint de débilité mentale.

Obs. VIII. — *Confusion mentale agitée. Délire hallucinatoire.* — Cay... (Joseph), trente-cinq ans, cultivateur, marié, soldat au 127^e régiment territorial. Entré le 17 décembre 1914.

A l'hôpital de Carcassonne : hurlements, cris incohérents que rien ne pouvait empêcher. Attitudes extatiques, se mettait à genoux en se frappant la poitrine et criant : « Dieu et moi », menaçait, se mettait tout nu.

Dès son arrivée à l'asile, il se calme, mais ses propos ne sont que des divagations. Il est sous l'influence d'hallucinations avec idées de persécution : une nuit, il s'est couché sur le parquet après s'être roulé dans une couverture, « parce qu'il y avait des morts dans son lit ». Il nous raconte qu'à Carcassonne, il est resté tout le temps dans des cachots où il tournait comme dans une cage, et « on lui faisait des piqûres à travers le plafond ».

Dix jours après son entrée, ce malade a commencé à se reconnaître, à être moins désorienté, et il n'a pas tardé à récupérer l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Sorti guéri le 14 avril 1915.

Obs. IX. — *Stupidité.* — C... (Joseph), trente-deux ans, greffier de tribunal de simple police, marié, deux enfants, soldat infirmier. Entré le 7 mai 1915.

Tare héréditaire : sa mère, qui a été internée dans une maison de santé, est toujours faible d'esprit. Lui-même présente quelques stigmates physiques de dégénérescence. Le certificat du médecin militaire porte la mention : « Délire aigu », sans autre renseignement.

A l'asile, verbiage incessant, souvent avec assonance de

mots, incohérence absolue, impossibilité d'attirer son attention, complète inconscience, gestes automatiques; sans être violent, ne peut rester un moment tranquille, et il faut le fixer dans son lit; n'est pas gâteux tant qu'il est libre de ses mouvements. Il faut l'habiller, le déshabiller, le faire manger, ce qui est fort difficile par suite de sa résistance; très amaigri.

Ce n'est qu'au mois d'août que le malade commence à donner quelques signes d'intelligence, mais il est toujours très déprimé. Il essaie, parfois, de répondre à nos questions, mais ne peut arriver à prononcer le moindre mot; moins difficile à alimenter; reste immobile à la place où on le met.

En octobre, l'amélioration fait des progrès sensibles: il mange seul, s'habille, se déshabille, se promène, répond aux questions qu'on lui adresse, lit un peu; retour des sentiments affectifs.

Novembre, progrès rapides: parle de sa famille, de ses affaires; démarche et parole plus assurées. Sorti guéri le 25 décembre 1915.

Obs. X. — M... (Augustin), vingt-sept ans, célibataire, soldat au 24^e colonial. Entré le 31 juillet 1915. Venu de l'hôpital militaire de Perpignan avec le diagnostic: « Vésanie caractérisée par un délire à double forme, mégalomanie et délire de persécution. »

Il a fait son service militaire aux colonies; a contracté, dit-il, à Saïgon, une forte fièvre, suite d'insolation, et a été réformé « comme victime de l'alcool », ce qui ne peut être, ajoute-t-il, puisqu'il ne buvait « que des liqueurs supérieures ». Il se dit aussi « une victime de la guerre » et récrimine contre le médecin militaire qui, au dernier conseil de revision, l'a reconnu bon, alors qu'il était réellement malade. D'ailleurs, ce ne fut que pour passer de chez lui à l'hôpital.

Il est vrai qu'il nous est arrivé avec un ictère très apparent et des troubles gastro-intestinaux, suite probable de son intoxication alcoolique (car il présente un peu de tremblement de la langue et des mains), qui ont fini par disparaître sous l'influence d'un régime et d'un traitement appropriés. C'est un nerveux, très prétentieux, et surtout, hypocondriaque, qui passe son temps à se plaindre pour le moindre malaise et nous accable presque journellement de longues lettres pleines de considérations philosophiques, humanitaires, sentimentales. Sorti le 20 novembre 1915.

Obs. XI. — *Délire de persécution.* — G... (Émile), trente-

huit ans, adjudant-chef, venant du Maroc, où il n'a assisté à aucune action de guerre. Entré le 25 août 1915.

Antécédents : Pas d'habitudes alcooliques; pas de tare nerveuse héréditaire, sauf une tante côté maternel, neurasthénique. En 1906, accidents syphilitiques primitifs et secondaires. Il a pris sa retraite, il y a trois ans, après dix-sept ans de service et s'est aussitôt marié, pas d'enfants. Depuis cette époque, il a été sujet à des troubles gastriques attribués à l'infection syphilitique et traités en conséquence. Mobilisé au mois d'août 1914 et envoyé au Maroc, il a continué à souffrir de l'estomac et n'a pu suivre un régime convenable.

Rentré chez lui en juillet 1915, il a manifesté clairement un délire de persécution qui, d'après le certificat de son médecin, existait depuis quelques mois : on l'accusait d'espionnage, de malversations, il était victime de la franc-maçonnerie. Tentative de suicide (deux coups de revolver).

A l'asile, pendant les premiers jours qui ont suivi son entrée : inappétence, insomnie, tristesse; il se désole d'être dans un état d'esprit qu'il trouve anormal, dont il ne peut se rendre compte, et garde, le plus souvent, un mutisme absolu.

Mais, bientôt, il est sujet à des alternatives de calme et d'agitation. Généralement, il est excité, se lève de table sans avoir fini son repas, en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Un jour, il nous dit qu'on se livre sur sa tête à des jeux d'argent, sa femme d'un côté, son partenaire de l'autre côté; il a entendu annoncer les enjeux. Mais, plus souvent, il s'entend à d'autres malades très inoffensifs, il est agressif à leur égard et s'est même porté sur eux à des voies de fait. Il prétend que ce sont des gens de sa connaissance, qu'il désigne généralement, d'anciens camarades de l'armée, qui prennent l'aspect de ces malades, l'insultent, ne cessent de l'appeler « mouche ». Quand je lui fais des reproches à ce sujet, il s'irrite, dit qu'on l'injurie, qu'on lui jette des ordures, etc. Il sait que sa mort est décidée, que rien ne peut l'empêcher. Ce délire persiste encore et au même degré.

Considérations sur les aliénés de ce groupe.

Comme on peut s'en convaincre par la lecture attentive des observations X et XI, il est peu probable que la maladie mentale des militaires qui en font l'objet

soit due exclusivement à l'état de guerre. Les événements actuels ont pu avoir une certaine influence sur leur état mental ; mais il y a lieu de croire que la plus grande part est due à leur état maladif antérieur à la déclaration de guerre. D'ailleurs, je ne reconnais pas le sujet de l'observation X comme un aliéné ; c'est, tout au plus, un prédisposé. Quant au sujet de l'observation XI, il est atteint d'une psychose banale qui ne ressemble en rien à celles des neuf premières observations.

Je ne m'occuperai donc que des militaires faisant l'objet des neuf premières observations. Ils ont tous dépassé la trentaine, de trente-deux à quarante et un ans, moyenne : trente-six ans. Plusieurs sont mariés, ont des enfants. Les célibataires sont, le plus souvent, les soutiens de leurs vieux parents. Ce sont des causes morales, des émotions tristes qui ont influé fâcheusement sur leur état mental.

A cet âge, le mobilisé s'est déjà fait une situation qui peut être compromise par son départ, peut-être perdue. Il peut se trouver à la tête d'un commerce, d'une entreprise, d'une industrie qui risquent de périlcliter ; il quitte des êtres qui lui sont chers, des habitudes qu'il lui est dur d'abandonner alors qu'il comptait n'avoir plus à revenir au régiment. C'est encore plus pénible pour ceux qui n'avaient jamais servi.

Quoi d'étonnant, en face de ces nouvelles conditions d'existence, qu'il y ait des défaillances, que le psychisme de certains d'entre eux ne vienne à faiblir, à se détraquer !

Et cependant, il semble bien résulter de nos observations et de celles d'autres observateurs que ces cas ont été rares, même très rares eu égard au nombre des mobilisés et que ces défaillances ne se sont presque toujours manifestées que chez des prédisposés, c'est-à-dire, chez des sujets dont le psychisme laissait à

désirer et qui auraient probablement succombé, plus tard, sous l'influence d'autres causes.

J'ai déjà dit que dans la première période de la guerre (du 2 août au 31 décembre 1914), nous avons reçu huit mobilisés, presque tous entrés dans la première moitié de cette période (trois d'entre eux, le 12 août), tandis que nous n'en avons reçu qu'un seul dans la seconde période, plus longue (du 1^{er} janvier au 2 août 1915) et aucun dans la troisième (du 2 août au 31 décembre 1915).

Cette petite statistique me paraît très suggestive. Elle prouve clairement que l'action démoralisatrice de la guerre n'a agi que dès le début de la mobilisation et presque exclusivement sur des sujets prédisposés.

En effet, en analysant nos neuf premières observations, celles où l'influence de la guerre sur l'éclosion de la folie est incontestable, nous en trouvons six plus ou moins prédisposés : un héréditaire (obs. IX), deux ayant déjà subi un internement (obs. II et V), un alcoolique (obs. IV), un débile mystique (obs. VII), un prédisposé par chagrins domestiques (obs. VI). Sur les trois autres, un seul serait reconnu sans tare (d'après la famille); pour les deux derniers, pas de renseignements.

L'état confusionnel n'a jamais manqué dans aucune de ces observations. Il est à remarquer que dans une affection causée par des émotions tristes, c'est la forme agitée, souvent même très agitée, qui s'est montrée la plus fréquente, sept fois sur neuf. Quant à la forme dépressive, elle n'a été constatée que chez deux malades, mais à un degré extrême, la stupidité.

Le fait de l'apparition des troubles psychiques, dès le début de la mobilisation, chez les militaires de ce groupe, n'est pas exclusif à notre région, ni à notre

pays ; il a été constaté aussi chez nos ennemis. A quoi l'attribuer ?

Considérant que la plupart de ceux sur lesquels nous avons pu nous renseigner étaient des sujets psychiquement prédisposés, nous croyons que c'est à leur prédisposition qu'il faut attribuer le grand nombre de cas de folie qui se sont déclarés dès le début de la guerre. Dans ce groupe de militaires ou, plutôt, de militarisés, les événements actuels n'ont fait que déclancher des troubles mentaux qui étaient en germe et l'apparition de la folie ne s'est pas fait attendre.

Ainsi que le dit M. le professeur Chauffard dans sa conférence de janvier 1915, au Musée social : Sur la guerre et la santé de la race, « les défaillants de la première heure portent tous en eux le germe latent de leur débilité nerveuse ; que celle-ci soit due à l'hérédité, à l'intoxication alcoolique ou à la mauvaise direction de leur hygiène. Leur équilibre mental n'est qu'apparent. On comprend, dès lors, que la simple imminence de la guerre ait entraîné, pour ces prédisposés, les plus graves conséquences. Nous l'avons trop vu quand, dès les premiers jours de la mobilisation, ont afflué dans les hôpitaux militaires de trop nombreux sujets profondément troublés dans leur vie psychique. Ces faits nous permettent de dire que la guerre est le réactif le plus sensible de la résistance nerveuse d'une race. »

M. le professeur Régis exprime la même opinion : il semble, dit-il, qu'il y ait là une première sélection naturelle, réalisée d'emblée chez les prédisposés véroniques.

En ce qui concerne les Allemands, il résulte d'une étude de Vollenberg, médecin en chef de l'hôpital de Strasbourg, du 3 novembre 1914 », que les psychoné-

vroses (1) se manifestant dès la période de mobilisation étaient, surtout, représentées (comme chez nous) par des sujets plus ou moins inaptes au service militaire : territoriaux surtout, hâtivement appelés et passant sans transition d'une vie tranquille à une vie extrêmement agitée. Un grand nombre affluèrent (comme chez nous) dès les premiers jours [de la mobilisation]. (*La Médecine internationale* de septembre 1915).

B. — *Aliénés militaires revenant du feu.*

(*Observations.*)

Chez ceux-ci les conditions sont bien différentes, l'action de la cause provocatrice est plus directe. Ils étaient, tous, sur le front lorsque la folie a éclaté et, d'ambulance en ambulance, ils sont venus échouer dans les dépôts de leur régiment et, de là, à l'asile.

OBS. XII. — *Confusion mentale. Amnésie antérograde.* — A... (Benoît), sergent au 53^e régiment d'infanterie, vingt-trois ans, entre le 12 octobre 1914, venu de l'hôpital militaire de Narbonne avec le diagnostic : aliénation mentale, sans autre renseignement.

A son arrivée, le sergent A... est calme et d'apparence lucide. Il nous a raconté que, dès le début de la guerre, il se trouvait avec son régiment près de Lunéville, qu'il a assisté à tous les combats de jour et de nuit, qu'une fois, après une éclaircie de brouillard, son régiment s'est trouvé à 30 mètres de l'ennemi, qu'il a éprouvé de grandes pertes, et que là sur la ligne du feu, il s'est trouvé attaché sans pouvoir se rendre compte de ce qui s'était passé, qu'il n'en a conservé aucun souvenir.

Sur interpellation, il croit pouvoir attribuer son amnésie à la commotion produite par le passage d'un boulet ou à la vue de nombreux cadavres, peut-être à sa faiblesse.

Il ne s'est reconnu qu'à la gare de Neufchâteau, seul dans

(1) Il faut croire que les psychoses, au moins aussi nombreuses que les psychonévroses, sont apparues en même temps que ces dernières.

son compartiment. Il s'est aperçu, alors, qu'au bas de la jambe, son pantalon, ses chaussettes et sa chaussure étaient troués et, qu'à cet endroit, la peau était simplement contusionnée, rouge. Depuis lors, a-t-il ajouté, la vue de l'uniforme l'émotionne à tel point qu'il ne peut la supporter.

Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, le sergent A... a été tout à fait normal. Dans les derniers temps, il a exprimé vivement le désir de rejoindre son régiment parce qu'il tient à faire sa carrière dans le service militaire. Il n'est sorti (guéri) que le 21 juin 1915, par suite de formalités exigées par l'autorité militaire. Nous avons appris que A... avait été réincorporé dans l'armée.

OBS. XIII. — *Confusion mentale. Amnésie rétroantérograde.* — L... (Pascal), vingt-deux ans, soldat au 143^e régiment d'infanterie. Entré le 9 janvier 1915. L... (Pascal) nous vient de l'hôpital militaire de Carcassonne où il avait été envoyé en observation le 1^{er} janvier. Le certificat médical nous renseigne parfaitement sur l'état mental de L... pendant son séjour à l'hôpital de Carcassonne où il a présenté les symptômes suivants : « 1^o Extase et idées de religion exagérées avec paroles incohérentes, se faisant passer pour un saint; 2^o manies diverses, se précipite dans la salle commune sur des malades, même sur le médecin pour lui serrer la main et les embrasser en les prenant dans ses bras; 3^o promenades la nuit, dans la salle commune, puis au cabanon, avec accès de colère, puis de calme; tout nu, enveloppé dans un drap et prononçant des mots sans aucun sens; 4^o alternatives de bonnes idées et de mauvaises, saccageant son lit, le faisant et le défaisant plusieurs fois par jour, etc; 5^o idées de suicide. » (D^r Mary, médecin-chef.)

L'ensemble de ces symptômes est bien la représentation exacte d'un délire confusionnel.

L... est pâle, anémique, amaigri, anorexie complète. Dès son arrivée à l'asile, l'agitation incohérente a disparu. Le malade est calme, docile, facile à diriger; mais sa physionomie porte l'empreinte de l'étonnement, presque de la stupeur. Son attitude et ses propos sont enfantins et sa voix est si faible qu'on a de la peine à entendre ses réponses. Il porte à la main gauche deux cicatrices, l'une à la face palmaire, l'autre à la face dorsale. Ce sont les ouvertures d'entrée et de sortie d'une balle; mais il est incapable de nous donner une explication un peu satisfaisante sur les circonstances qui ont accompagné

cette blessure. Il a complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé, ce jour-là, sur la ligne de feu et, même, les jours suivants.

Quelques jours après, il nous a appris qu'il avait été blessé, pendant la retraite, à la bataille de Roselieures, évacué sur les derrières, obligé de faire à pied un trajet d'environ 25 kilomètres jusqu'à Charmes. Là, on lui aurait refait son pansement et on l'aurait évacué sur l'hôpital de Mâcon.

La lucidité d'esprit a commencé manifestement à reparaitre une quinzaine de jours après son entrée et son état mental s'est amélioré progressivement et sans interruption. Sorti guéri le 5 septembre 1915.

OBS. XIV. — *Délire de persécution. Inertie intellectuelle et physique.* — C... (Gaston), vingt-six ans, soldat au 58^e régiment d'infanterie. Entré le 12 juillet 1915.

Il résulte des renseignements que je dois à l'obligeance de M. le D^r Lenoir, médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan, que cet homme, parti sur le front en août 1914, aurait été blessé légèrement, guéri et renvoyé sur le front. En mars, il se serait mutilé par coup de feu sur la main. Mis en prévention de Conseil de guerre, il aurait commencé un délire vésanique. Interné dans plusieurs hôpitaux, il se serait évadé quatre ou cinq fois pour échapper aux médecins qui voulaient l'empoisonner et y aurait réussi en partie. Dès son arrivée à l'hôpital de Perpignan, il renouvelle sa tentative d'évasion et réussit, le 22 au matin, à tromper la surveillance et à s'évader. Repris, le lendemain, par la gendarmerie, il renouvelle vainement à deux reprises ses tentatives.

Le délire de persécution persiste toujours sous la même forme.

Au point de vue personnel, cet homme n'aurait jamais eu de maladie grave; mais son hérédité paraît assez chargée; son frère, quinze ans, serait une forte tête et, d'après lui, serait un voyou; sa sœur, douze ans, serait une demi-folle.

A l'asile, C... (Gaston) est calme. Il nous raconte, non sans quelques réticences, qu'il était avec son régiment en Belgique où il a reçu un éclat d'obus à un pied, qu'une fois guéri il est revenu sur le front, qu'il s'est tiré un coup de fusil à la main gauche (où l'on voit, en effet, la trace d'une blessure par balle) afin de pouvoir rejoindre une femme, qu'il a été évacué d'un hôpital dans un autre hôpital, que dans ces deux hôpitaux on a cherché à l'empoisonner, qu'il a entendu quatre majors

causant sur la terrasse d'un café dire qu'ils étaient étonnés de le trouver encore en vie, qu'ils lui ont prescrit alors une plus forte dose de poison, qu'il a été envoyé dans deux asiles d'aliénés d'où il s'est enfui. Son persécuteur serait un monsieur de Bordeaux, qui cherche à se débarrasser de lui pour posséder la femme en question, quoiqu'il ne puisse pas se marier « parce qu'il est dans les contributions ». Sur interpellation, C... (Gaston) répond qu'il n'est pas en notre pouvoir de le préserver de son ennemi.

A l'asile, ce malade a été toujours calme et complètement indifférent; il vit isolé des autres aliénés et presque toujours immobile dans un coin de la cour. Pendant longtemps, il a fallu le conduire à table et le pousser à manger. En novembre, il s'est mis à table de lui-même et a mangé comme les autres. Il répond à voix basse, d'un air craintif et timide et ses réponses, difficiles à saisir, sont aussi vagues et embrouillées que ses idées. Quand on l'interroge, il a toujours un rire béat, ce qui ne l'empêche pas d'avoir des idées tristes; il nous a dit, plusieurs fois, toujours en souriant, qu'il s'attend à mourir bientôt. *D.* Seriez-vous content de revenir à Toulouse? *R.* Oui, me répond-il, toujours avec le même sourire, mais il y a autre chose qui m'attend. On voit bien qu'il est toujours persuadé de sa condamnation à mort pour cause de mutilation volontaire. Toujours est-il qu'on remarque chez ce malade une inertie intellectuelle, une torpeur qui n'arrive pas jusqu'à la stupeur et une profonde indifférence.

Obs. XV. — *Confusion mentale. Amnésie totale. Troubles consécutifs.* — D... (Jean), quarante ans, sergent au ...^e régiment d'infanterie coloniale. Entré le 5 août 1915.

Le sergent D... était à la retraite après dix-neuf ans de service militaire et marié seulement depuis cinq mois, quand il a été rappelé sous les drapeaux, dès le début des hostilités, et envoyé aussitôt sur le front.

Dès le mois de mars 1915, il a présenté quelques troubles mentaux attribués à la proximité de l'explosion des bombes, pendant un bombardement très intense. A certains moments, raconte son adjudant, il prétendait être parent avec tout le monde. Évacué, le 20 avril, pour cause de fatigue générale, il avait rejoint sa compagnie le 17 mai. Vers la fin juin, il est parti volontairement, a été porté comme déserteur et arrêté à Châlons-sur-Marne par la gendarmerie qui reconnut avoir affaire à un inconscient et le conduisit à l'hôpital de cette ville.

Là, « des troubles psychiques, consistant en une surexcitation cérébrale, se traduisant par un peu d'incohérence dans les propos et une allure générale un peu nerveuse, mais sans délire systématisé, état qui n'a pas paru assez grave pour nécessiter l'internement, car il s'est amendé au bout de deux ou trois jours. La conduite du sergent D... ayant été ensuite parfaitement normale, il fut évacué, le sixième jour, sur l'hôpital de Vichy ».

Le sergent D... a complètement perdu le souvenir de sa fugue. Sa mémoire ne se reporte pas plus loin qu'à son séjour à l'hôpital de Vichy où on lui a extrait une dent. C'est à sa fluxion dentaire qu'il attribue sa fugue qui était déjà un fait accompli.

Il fut rejoint, à Vichy, par sa femme, qui insista pour l'emmener. C'était trop tôt car, dès son arrivée dans sa famille, il se mit en colère contre sa femme, la menaça de son revolver et de se brûler ensuite la cervelle. Cette excitation se calma pendant la nuit. Le lendemain, il se promena en ville avec sa femme, il entra dans des magasins où il était connu sans donner des signes apparents de dérangement cérébral, mais faisant des achats hors de proportion avec ses moyens. Le délire recommença bientôt et on fut obligé de le conduire à l'hôpital militaire d'où il nous fut envoyé deux jours après.

Antécédents : déjà, étant en Mauritanie, le sergent D..., aurait donné, dans ses lettres, des signes de désordre intellectuel. Il avait aussi la manie des inventions, s'occupant de télégraphie sans fil, d'aéroplanes, il croyait faire partie de la police, être détenteur de graves secrets. Ces faits indiquent bien que, même avant la guerre, D... présentait des signes de déséquilibration mentale. A cela, il faut ajouter une tare héréditaire : une cousine germaine a été internée deux fois et est sortie guérie chaque fois.

Symptômes à l'asile : léger tremblement de la langue et des mains dû, probablement, au tempérament nerveux du malade ; car, s'il a fait jadis quelques excès alcooliques, il y a longtemps qu'il est très sobre sous ce rapport. Les renseignements sont très précis à ce sujet.

Pendant les premiers jours qui ont suivi son entrée, D... a montré un peu d'irritabilité et aussi un certain degré de mégalomanie : il se disait le plus intelligent de tous les membres de sa famille, il savait tout, connaissait tout. A part ces manifestations légères et passagères, le sergent D... s'est montré calme, parfaitement lucide et raisonnable pendant toute la

durée de son séjour à l'asile, cherchant toujours à s'occuper, à se rendre utile.

Tout nous indique que, par suite de la fatigue, du bruit assourdissant du canon, etc., le sergent D... a reçu un choc moral qui a déclenché une crise de confusion mentale et l'a porté à quitter le régiment sans se rendre compte de la gravité de cet acte. La prédisposition a pu avoir une influence sur l'éclosion de cette crise, mais elle en a eu certainement sur la production des troubles consécutifs. Sorti guéri le 12 novembre 1915.

OBS. XVI. — *Demi-stupidité ou stupeur mélancolique.* — E... (Louis), vingt-deux ans, soldat au 55^e régiment d'infanterie. Entré à l'asile le 9 septembre 1915. Ajourné en 1913, pris ensuite comme auxiliaire, il passa, en décembre 1914, dans le service armé. Nous avons appris de source non officielle que E... (Louis) avait passé trois mois dans les tranchées, qu'il a été blessé à la cuisse gauche par un éclat d'obus, dans une affaire très sérieuse où il aurait été un des rares survivants de son escouade.

Le dossier est muet sur cette blessure, dont il ne reste aucune trace, ainsi que sur l'époque d'apparition des troubles mentaux. Il nous apprend seulement que ce soldat a été évacué, le 14 juin 1915, de l'hôpital militaire de Saint-Dizier sur celui de Jarnac, avec le diagnostic : « Faiblesse générale et légère confusion mentale contractée dans un service de guerre » ; que, le 13 juillet, on l'a envoyé à Q... chez ses parents, avec un congé de convalescence d'un mois, qu'aucune amélioration n'était obtenue à la fin de ce congé et qu'étant dans l'impossibilité de rentrer au dépôt de son régiment, il a été dirigé sur l'hôpital mixte de Carcassonne où il a été reconnu encore atteint de faiblesse générale et confusion mentale et nous a été envoyé.

E... (Louis) paraît de constitution chétive; il est pâle, amaigri, sa démarche est celle d'un vieillard et sa physionomie exprime l'hébétude, mutisme presque absolu. D. Quel est votre nom? R. Je ne sais pas. D. D'où êtes-vous? Pas de réponse. D. Désirez-vous revenir à Q...? Pas de réponse. Il se tient propre, mais n'accepte que très difficilement la nourriture et manifeste des craintes d'empoisonnement. En effet, il ne s'est décidé à manger qu'après que la religieuse, sur sa demande, a goûté au plat qu'elle lui présentait et il a fallu le laisser boire dans le verre de son voisin de table.

En somme, à l'asile comme ailleurs, c'est le même diagnostic de confusion mentale avec, en plus, des idées de persécution.

Cet état a duré environ un mois pendant lequel E... (Louis) n'a voulu accepter, pour toute nourriture, que de nombreux et gros morceaux de pain qu'il fixait entre ses genoux rapprochés et il tirait de là, toujours sans prononcer une parole. Comme boisson, il se contentait de l'eau qu'il allait chercher lui-même au robinet de la fontaine. Ensuite, il s'est mis à manger comme les autres, a paru plus éveillé, mais a vécu isolé, taciturne, ne s'occupant à rien, ne s'intéressant à rien; une nuit il a chanté *la Marseillaise* à haute voix.

Interrogé plusieurs fois sur les circonstances qui ont accompagné sa blessure, il nous a répondu qu'il avait été blessé à la jambe gauche, qu'il ne se souvient pas s'il y avait une plaie; il se souvient, seulement, d'avoir marché difficilement jusqu'à l'ambulance.

Ce garçon a, maintenant, une bonne mine de santé, mais il est toujours taciturne, le plus souvent de mauvaise humeur, sans vouloir s'expliquer à ce sujet, presque continuellement allongé sur un banc. Son père est venu le voir en décembre. Il l'a mal reçu et lui a dit : « Je ne veux pas vous reconnaître, j'irai à Q... pour vous la brûler. » Tout cela dit d'un air mauvais.

Il me paraît évident que E... (Louis) est encore sous l'influence d'un délire de persécution qui s'est manifesté au plus fort de la crise par des craintes d'empoisonnement et, actuellement, par un ressentiment contre son père. Il faut donc admettre qu'au moment où il était le plus stupide et paraissait dénué de toute intelligence, cet anéantissement n'était qu'apparent et que son activité intellectuelle continuait à s'exercer. Ce cas pourrait donc appartenir à la stupeur mélancolique telle qu'elle a été décrite par Baillarger, plutôt qu'à la stupidité.

Le père, qui m'a paru bien peu intelligent, m'a donné de bons renseignements sur son fils, aux points de vue de l'intelligence et du caractère; mais un de ses voisins nous a assuré qu'avant son départ pour l'armée, ce garçon était considéré comme faible d'esprit, peu capable et paresseux. Ce serait donc un débile. Son grand-père paternel aurait donné des signes de démence dans les dernières années de sa vie, sans avoir été interné. Rien du côté maternel. E... (Louis) se trouve encore à l'asile.

OBS. XVII. — *Confusion mentale. Catatonisme.* —

D... (Pierre), vingt-cinq ans, soldat au 24^e régiment colonial. Entré le 12 juillet 1915.

Ce militaire a fait un séjour de vingt-sept mois au Maroc où il a fait campagne pendant son service militaire, d'abord, et pendant la première année de son rengagement ensuite.

Ce long séjour au Maroc l'avait considérablement anémié, m'écrivait sa mère, et il était en congé pour se reposer au moment de la déclaration de guerre. Rappelé immédiatement, il a fait campagne, d'août 1914 à juin 1915, a été évacué en Bretagne pour prendre un repos dont il avait grand besoin et, de là, est allé passer huit jours dans sa famille où rien ne faisait prévoir la catastrophe qui l'a conduit dans notre asile. Pas de tare héréditaire au point de vue mental. Il était fort et robuste comme ses huit frères et sœurs.

D... (Pierre), étant en garnison à Perpignan, a été mis en prison, jusqu'à décision à intervenir, pour absence illégale du 16 au 19 août 1915.

Le 23 août, il est constaté qu'il n'avait voulu ni boire, ni manger, depuis trente-six heures. Nous ne savons pas comment il s'est conduit à partir de ce jour ; mais, le 30 du même mois, le médecin-major de l'hôpital militaire de Perpignan, délivre le certificat de visite ci-après : « Aliénation mentale avec accès de manie furieuse aiguë, hallucinations de la vue et de l'ouïe et zoopsie le rendant dangereux pour lui-même et pour la société. »

Certificat d'entrée à l'asile : « D... (Pierre) a une physiologie qui exprime la tristesse, l'étonnement, presque l'hébété. Amaigrissement, teint pâle, terreux. Ses mouvements sont très lents. La compréhension est aussi très lente, quelquefois nulle, ainsi que la mémoire. On voit qu'il cherche à rassembler ses idées sans pouvoir y réussir. Il répond à quelques questions élémentaires, mais ne peut nous dire ni le jour, ni l'année de sa naissance. On voit bien qu'il ne se rend pas compte des motifs de sa fugue : il était avec le bon Dieu, il éprouvait quelque chose dans la tête, etc. Il accepte assez facilement le lait, mais pas la moindre nourriture solide, reste assis sans bouger ou se couche à terre. Ce garçon est dans un état confusionnel avec inertie intellectuelle et physique. » Les jours suivants, l'état mental ne change pas : air hébété, attitudes stéréotypées, extatiques ; il reste des heures entières droit, immobile, tenant une longue paille ou tout autre objet dans ses mains élevées devant lui. Catatonisme, maniérisme, mu-

tisme. Quelquefois, il rit tout seul, d'un rire niais, mange un peu, se tient propre. Quand on l'interroge, on voit qu'il fait un effort pour comprendre les questions et surmonter la confusion de ses idées, mais il n'y réussit pas encore.

Novembre. Mine plus éveillée, mange comme un loup, a pris de l'embonpoint, se présente toujours comme un soldat au port d'arme et l'effort qu'il fait pour vaincre l'obstacle qui s'oppose à l'expression de la pensée est plus manifeste. Dans le courant du mois il a fallu le passer dans la section des demi-agités parce que, sous l'influence d'une légère excitation, il jetait ses chaussures, grimpait sur les arbres et a frappé un idiot inoffensif.

Décembre. Redevient calme et raisonnable, répond avec précision à toutes nos questions, mais on n'aperçoit pas encore le retour des sentiments affectifs, est complètement indifférent au souvenir de sa mère.

OBS. XVIII. — *Neurasthénie. Dépression physique et intellectuelle.* — V... (Antoine), vingt-neuf ans, soldat à la 16^e section d'infirmiers militaires.

Entré à l'asile le 18 septembre 1915. Son dossier est vierge de tous renseignements jusqu'à son arrivée à Perpignan.

Le jour de son entrée et les jours suivants il nous apprend qu'en octobre 1914, il est arrivé sur le front comme brancardier; que là, après cinq ou six mois à souffrir du froid, de la pluie, etc., il a été placé à l'hôpital de Clermont-sur-Argonne où on ne l'a gardé que deux ou trois jours et envoyé à l'hôpital militaire de Carcassonne avec la mention « troubles mentaux ». On l'a gardé jusqu'au 18 septembre à cet hôpital, d'où il nous a été adressé avec le diagnostic : « Psychose maniaque à forme dépressive. »

Quand ce militaire s'est présenté à nous, sa physionomie était empreinte d'une profonde tristesse et d'accablement; l'intelligence et la mémoire paraissaient bien affaiblies et ce n'est qu'avec de la patience et en le poussant un peu, que nous avons pu recueillir de sa bouche quelques-uns des renseignements ci-dessus.

Il se plaint de douleurs gastriques, de digestions pénibles, surtout de constipation, d'insomnie; il se sent très fatigué, le matin, à son réveil; sa faiblesse diminue ensuite dans la journée. Amaigrissement, inappétence absolue. En somme, à part l'inertie intellectuelle, nous ne constatons qu'un état neurasthénique sans délire.

Quelques jours après son entrée, V... (Antoine) est un peu moins triste, moins déprimé, comprend un peu plus facilement nos questions, il mange un peu et paraît moins préoccupé de sa santé.

Novembre. Amélioration notable, surtout au point de vue physique. Appétit excellent, teint frais, a pris de l'embonpoint; mais l'intelligence est toujours obtuse. Poussé à s'occuper un peu, il s'y refuse.

Décembre. État physique excellent, se refuse toujours à toute occupation, si légère soit-elle, qui serait pour lui une distraction « parce que le major le lui a dit ». On voit que ce malade n'est pas guéri de ses préoccupations hypochondriaques. Même état, humeur sombre.

OBS. XIX. — *Psychose hallucinatoire avec idées de persécution.* — A... (Joseph), trente-neuf ans, soldat au 126^e régiment d'infanterie territoriale. Entré le 20 novembre 1915.

Commémoratifs. Sa femme m'a assuré qu'il a été toujours très sobre et grand travailleur; que dans sa famille il n'y a aucun antécédent fâcheux au point de vue mental, soit du côté paternel, soit du côté maternel, et que sa santé physique et morale avait été toujours excellente. Elle attribue à la faiblesse causée par une entérite les troubles mentaux de son mari.

C'est, en effet, à la suite d'une entérite contractée dans les tranchées, que A... (Joseph) a été évacué sur Châlons et ensuite sur l'hôpital militaire de Troyes. Le certificat ci-après du médecin de cet hôpital nous édifiera sur l'état mental de ce militaire au 10 mai 1915 : « Est atteint de psychose hallucinatoire subaiguë. Idées de persécution, idées mélancoliques, hallucinations gustative et sensitive, croit qu'on veut l'empoisonner. Agitation motrice considérable avec périodes d'accalmie. Cris, gesticulations, état de terreur et d'angoisse. Appoint alcoolique possible. Nécessité d'internement. »

À l'asile de Maréville, même symptomatologie. Il en sort à la fin d'octobre pour être envoyé au dépôt de son régiment et, de là, à notre asile. Ce malade est calme et de prime abord se présente comme un homme raisonnable et lucide; mais, dès notre premier examen, et sans avoir besoin de le pousser, il nous raconte de l'air le plus naturel qu'à Troyes et ensuite à Maréville, on le magnétisait : c'étaient quinze soldats de son pays, dont deux particulièrement lui voulaient du mal. Il ajoute que, lorsqu'il est magnétisé, il est obligé de crier. Il accepte la nourriture et ne manifeste pas de craintes d'empoisonnement.

Quelques jours après, nous avons constaté un semblant

d'amélioration. Interpellé au sujet de ses hallucinations, il nous a répondu : « C'était peut-être un effet de mon imagination ». Il paraissait guéri lorsque, le 8 décembre, il nous demande à revenir au dépôt ; il voit et entend sa femme et d'autres parents, on le magnétise. Fin décembre, même état.

OBS. XX. — *Confusion mentale avec agitation maniaque.*
— L... (Léon), trente-deux ans, soldat au 277^e régiment d'infanterie de réserve. Evacué de Saint-Dizier (Haute-Marne), par train sanitaire, avec la mention « troubles mentaux » sur l'hôpital mixte de Carcassonne où il a été admis, le 11 octobre 1915, et d'où il est sorti, le 24 du même mois, pour être envoyé à l'asile de Limoux.

Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital de Carcassonne, ce militaire a présenté les symptômes de la manie aiguë : agitation motrice, fuite des idées, euphorie. A l'asile, symptômes d'excitation cérébrale, loquacité incessante et incohérente, idées de grandeur et de richesses : il est le maître de la France, le fils de Dieu, il possède 25 milliards, dix mille enfants, il est très fort, capable de porter 100 kilogrammes à bras tendu, etc., etc. Léger tremblement des mains, démarche un peu incertaine, pas d'embarras de la parole ni d'inégalité des pupilles qui se contractent facilement à la lumière. Ce malade est pâle et très amaigri. Les jours suivants, l'agitation se calme progressivement. Le malade mange suffisamment et dort. Mais il existe toujours un grand désordre dans les actes et dans les idées, un état confusionnel. Il a complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé sur le front ; il ne sait même pas si nous sommes en guerre et présente quelques signes de délire hallucinatoire : il a quitté son lit, une nuit, parce qu'il était empoisonné. Un jour, je le vois mâchonner des copeaux de maïs et nous découvrons qu'il en a les poches pleines. Il les prenait pour du tabac.

Quelques jours après, étonné de son état de maigreur, quoiqu'il soit calme et qu'il mange bien, je l'envoie à l'infirmerie et là, nous constatons une diarrhée assez abondante que nous attribuons aux saletés qu'il devait avaler. Pendant le cours de son entérite, il lui est arrivé parfois de refuser le lait qu'il disait empoisonné, mais ces idées lui passaient vite. Il a été toujours calme dans son lit, a manifesté un état de satisfaction et a été sous l'influence presque constante d'un délire hallucinatoire : il recevait et envoyait, disait-il, des dépêches.

Décembre. Amélioration physique. Même état confusionnel.

Considérations sur les aliénés du deuxième groupe.

Elles seront forcément courtes, d'abord à cause du petit nombre de cas ; ensuite, parce que le dossier de ces militaires ne contient aucun renseignement sur l'origine d'affections qui, généralement, débutent brusquement et que je n'ai constatées que longtemps après. D'ailleurs, que pourrais-je dire après l'article de M. le professeur Régis sur les troubles mentaux des militaires revenant du feu, article si intéressant qu'il m'a fait bien regretter de ne pas en voir encore la suite.

Chez cinq de mes malades, les troubles mentaux sont apparus immédiatement après un choc qui n'a été qu'émotionnel chez trois d'entre eux, émotionnel et traumatique chez les deux autres. Tous ont été atteints de confusion mentale avec amnésie. Cette amnésie a été totale chez tous, sauf chez celui de l'observation XIII qui, étant en convalescence, a conservé le très vague souvenir d'avoir pu marcher jusqu'à l'ambulance la plus proche.

Sur ces cinq militaires, il en est trois dont l'état mental s'est amélioré rapidement et s'est terminé par la guérison. C'est à ces cas que se rapportent les considérations si judicieuses et si pratiques émises par M. Régis : « C'est, à mon sens, dit-il, une sérieuse erreur et surtout une fâcheuse pratique susceptible de porter tort à la fois à ces malades et à l'armée, que de les considérer indistinctement comme des aliénés et de les interner tous, ainsi que cela a pu se faire sans observation et sans triage préalable, dans un asile d'aliénés. » Un de mes malades, sous-officier (obs. XII), qui se trouve dans ce cas, a vivement manifesté, avant de quitter l'asile, le désir de reprendre le service militaire dont il devait faire sa carrière. On m'a assuré que sa demande avait été agréée.

Chez trois, les troubles mentaux ont été le résultat de la fatigue, des souffrances endurées dans les tranchées, d'une entérite, toutes causes dites d'épuisement. Aussi leurs troubles mentaux ont-ils pris la forme des psychoses ordinaires et seront-ils probablement de longue durée.

Nous avons vu que la prédisposition avait agi fortement sur les militaires du premier groupe; ceux qui n'avaient pas été au feu. Cette influence a été presque nulle sur ceux du deuxième groupe. Je ne l'ai constatée que dans un seul cas (obs. XV). Quant au sujet de l'observation XIV (qui serait un prédisposé?), il nous est difficile de déterminer les circonstances qui l'ont porté à se mutiler.

II. — PSYCHOSES DUES A LA GUERRE OBSERVÉES DANS LA POPULATION CIVILE.

Hommes.

En nous reportant au début de ce travail, le tableau I nous apprend que du 2 août au 31 décembre 1914, il est entré à l'asile 42 hommes. Eu défalquant de ce chiffre 9 militaires, il reste 33 hommes de la population civile.

Par le tableau II, nous savons que du 1^{er} janvier au 2 août 1915, il est entré 37 hommes qui se réduisent à 31 civils par la soustraction de 6 militaires. En tout, 64 civils. Sur ces 64 hommes de la population civile entrés durant la première année de guerre, j'en compte 6 chez qui la guerre a été manifestement l'occasion, la cause provocatrice de la crise de folie, soit 9,37 p. 100.

Il est assez curieux de constater qu'il en a été des civils comme des militaires du premier groupe, c'est-à-dire de ceux qui n'avaient pas été au feu. Presque tous

sont devenus aliénés dès le début des hostilités, 4 du 12 au 22 août 1914, le 5^e en septembre de la même année et le 6^e en janvier 1915.

Les 5 premiers, dont 4 alcooliques, sont des périodiques internés déjà deux ou trois fois. Ils sont tous revenus avec les symptômes de l'excitation maniaque. L'un d'eux, Roussillonais, père de famille, était parti de chez lui pour aller au-devant des Allemands qui auraient passé par l'Espagne pour envahir la France. Il voulait les combattre « avec du cœur, sans armes ».

Le sixième, un pensionnaire âgé de soixante-quatre ans, avait déjà présenté des troubles mentaux un an auparavant, à la suite d'une chute sur la tête. Le calme et la raison avaient reparu et s'étaient maintenus jusqu'au départ de son fils pour l'armée. A partir de ce jour, quoique sans faire de folies, il n'était plus le même. Mais il perdit complètement la raison, quinze jours avant son entrée, en apprenant que son fils était tombé malade à Lyon. Il a présenté les symptômes de la confusion mentale avec agitation, désorientation complète et refus des aliments probablement par crainte d'empoisonnement. La lucidité n'a pas tardé à reparaitre à la suite d'une forte bronchite.

Tous ces malades sont sortis dans le courant de l'année, guéris pour le moment.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que, dans notre région, pendant la première année de guerre, celle-ci n'a nullement troublé la raison des hommes qui étaient normaux au point de vue psychique.

Reportons-nous maintenant au tableau IV et nous verrons que du 2 août au 31 décembre 1915, il est entré 38 hommes dont 7 militaires venant tous d'autres régions que la nôtre. Il reste donc 31 hommes de la population civile. Sur ces 31, il n'y en a que 2 qui

soient redevables de leur folie à la guerre et ce sont deux adolescents dont je vais rapporter rapidement l'observation.

L'un, A... (François), âgé de dix-huit ans, entré à l'asile le 27 septembre 1915, est un débile ayant des tares héréditaires très chargées (un père et un frère aliénés) qui s'était bien tenu jusqu'au moment où il a été avisé du départ de sa classe. A partir de ce moment, il voit des Prussiens partout et veut partir en guerre; il frappe et mord tous ceux qui veulent le retenir, chante à tue-tête, etc.

Aujourd'hui, l'agitation a diminué, mais reparaît parfois. Dans ses moments de calme, il reste assis, indifférent et refuse toute occupation.

L'autre, P... (Benoît), n'est âgé que de quinze ans. Dans le volumineux mémoire de Lunier, ses nombreux collaborateurs ont produit des observations se rapportant, on aurait pu le croire, à toutes les causes possibles de troubles mentaux occasionnés par la guerre. Je n'en trouve aucune dans le cas suivant : aliénation mentale d'un fils causée par le départ de son père pour l'armée.

Celui qui en est l'objet est entré à l'asile le 6 novembre 1915. Je reproduis intégralement le certificat d'admission, très complet, délivré par mon distingué confrère, M. le Dr Sabarthez, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan d'où nous vient ce malade : « On ne relève chez cet enfant aucune tare nerveuse personnelle ou héréditaire; mais il a été fort impressionné par les événements actuels et par le départ de son père pour le front. Depuis dix jours environ, il est très agité, prononce des discours incohérents formés de lambeaux de phrases inachevées « patrie en danger à sauver... justice... punir embusqués... partir... remplacer mon père ». Tantôt il prend des airs désespérés, déclame emphatiquement, en périodes tronquées, tantôt il chante à tue-tête des airs patriotiques, puis, brusquement, s'allonge sur le parquet ou se pelotonne dans un coin de sa cellule où il fait le mort. Il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, converse avec saint Pierre et saint Roch, ne veut pas monter dans sa couchette parce qu'il y voit son cadavre. »

A l'asile, P... (Benoît) a continué à présenter la même symptomatologie : agitation désordonnée, actes extravagants, désordre des idées, préoccupation de la guerre, hallucinations

diverses et, en plus, une tentative de strangulation avec son foulard.

Actuellement (fin décembre 1915), l'agitation a cessé depuis quelques jours, propos, idées exactes, raisonnables. Le malade paraît en voie de guérison.

Femmes.

Nous avons vu, par le tableau I, que du 2 août au 31 décembre 1914, il est entré 26 femmes, et par le tableau II, que du 1^{er} janvier au 2 août 1915, il en est entré 47. Total pour la première année de guerre, 73. Sur ces 73 femmes, j'en compte 12 qui sont redevables de leur affection mentale à la guerre. Le pourcentage donne 16,43 p. 100 tandis que chez les hommes, pour la même période, il n'est que de 9,37 p. 100.

Si, d'autre part, nous considérons que chez les hommes cinq fois sur six la folie a été causée par une exaltation patriotique de mauvais aloi, puisqu'elle était conditionnée par l'intoxication alcoolique et une seule fois par une émotion triste, tandis que chez les femmes devenues aliénées, toutes, sans exception, ont dû leur maladie mentale à des émotions tristes, nous pouvons affirmer que dans notre région la guerre n'a troublé que très rarement la raison des hommes de la population civile qui étaient normaux au point de vue psychique, mais qu'elle a eu, au contraire, une influence considérable sur celle des femmes.

Lunier, qui a noté toutes les causes qui, en 1870-71, ont déterminé des affections mentales avec observations à l'appui, a constaté : que le départ ou la crainte de départ pour l'armée d'une personne chère avait affecté 63 femmes et seulement 9 hommes. Il observe qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de cette disproportion car, aux causes communes aux deux sexes, il faut ajouter, chez les femmes, le départ d'un amoureux, d'un fiancé, surtout d'un mari. Dans mes 12 observations, la maladie

doit être attribuée au départ 7 fois du mari, 1 fois d'un fils, 2 fois, chez de vieilles filles, d'un frère, 1 fois du fiancé et 1 fois d'un neveu affectionné.

L'aliénation mentale, dans ces 12 cas, a affecté les formes suivantes : agitation maniaque, 2 cas ; excitation maniaque, 2 cas ; confusion mentale, 3 cas ; stupeur mélancolique, 1 cas ; mélancolie simple, 2 cas ; mélancolie agitée, 2 cas.

Il est à remarquer que dans ces 12 cas de maladies mentales consécutives à des affections tristes, il y en avait la moitié avec excitation et l'autre moitié avec dépression.

Un des cas de confusion mentale est relatif à une femme d'une commune de la Haute-Garonne. A la gare de Castelnau-dary, elle fut reconnue aliénée et incapable de se diriger ; elle nous fut amenée par un agent, à titre d'inconnue. A notre première visite, cette femme avait l'air égaré et paraissait terrifiée ; elle était complètement désorientée quant au temps et aux lieux. Elle nous apprit cependant qu'elle était montée dans un train pour se rendre à Marseille où son mari se trouvait mobilisé ; qu'elle avait voyagé avec des gens suspects qui l'avaient frappée (elle portait, en effet, des traces de coups). Elle put aussi nous donner son adresse et son frère prévenu vint aussitôt la chercher.

Dans tous ces cas, la prédisposition n'avait pas perdu ses droits. J'en ai compté deux ayant des tares héréditaires, deux ayant été déjà internées, deux ayant eu des troubles mentaux avant la guerre. Pour les six autres, pas de renseignements.

Sur les 25 femmes entrées du 2 août au 31 décembre 1915, j'en compte 5 dont la folie paraît devoir être attribuée aux émotions causées par l'état de guerre. Ce pourcentage de 20 p. 100 semble indiquer que la durée de la guerre ne fait qu'augmenter la tendance à la folie

chez les femmes de notre région. C'est que pour elles les difficultés de la vie ne font que s'accroître. Chez 4, c'est le départ du mari; chez la 5^e, le départ du gendre qui a déclanché la maladie. Sur ces 5 femmes, 2 avaient des tares héréditaires, 1 était portée à l'hypochondrie. Pas de renseignements sur les deux autres.

Quoique la guerre fût étrangère à leur maladie mentale, nous avons constaté plusieurs fois chez les femmes entrées après le 2 août 1914, que leur délire prenait la couleur des événements actuels. Entre autres hallucinations, l'une d'elles, atteinte de manie aiguë, a vu Guillaume II, il est mort à Béziers, les Allemands l'ont martyrisée et elle nous montre son poignet reconvert d'une bande sous laquelle on ne voit pas trace de blessure. Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, atteinte de folie hystérique, a quitté plusieurs fois ses parents pour aller à la guerre.

En nous reportant aux tableaux qui se trouvent aux premières pages de ce travail, nous voyons que, malgré les nombreuses causes de folie qui, pendant cette guerre, ont agi sur les personnes du sexe féminin, le nombre d'entrées de femmes, à toutes les périodes de cette guerre, a été beaucoup moindre que dans les mêmes périodes de l'année qui a précédé la guerre alors qu'il aurait dû y avoir plutôt une légère augmentation.

Ainsi que je l'ai dit en citant Baillarger : c'est que la cause principale de cette diminution réside dans la suspension des causes habituelles qui agissent dans les moments de calme et de prospérité. La guerre a fourni à l'esprit une dérivation qui a annihilé l'influence des causes habituelles de folie.

Morel a affirmé que les révolutions, les commotions politiques guérissent plus de nerveux et de déséquilibres qu'elles n'en produisent. Après l'étude que je viens de faire, cette affirmation ne me paraît plus paradoxale.

APPENDICE

Mes observations se sont arrêtées au 31 décembre 1915. Aucun des malades sortis avant cette date n'est rentré à l'asile ni, que je sache, dans d'autres asiles. Deux d'entre eux (obs. XII et XIII) ont même été repris dans l'armée.

J'ai tenu à continuer jusqu'à ce jour (20 mai 1916) l'observation de ceux qui, au 31 décembre 1915, étaient encore en traitement. Je le ferai le plus brièvement possible.

OBS. VI. — Légère amélioration: est plus éveillé, un peu moins triste et moins indifférent, s'occupe un peu dans le ménage.

OBS. XIV. — Sans changement. Même apathie physique et intellectuelle. Même rire niais, indifférent.

OBS. XVI. — Humeur sombre et farouche, taciturne, vit isolé, conserve les mêmes sentiments de haine contre son père, mais accepte l'argent que celui-ci lui envoie pour son tabac. Bon aspect physique.

OBS. XVII. — Sans changement. La vue de sa mère, venue de loin, l'a laissé indifférent. Généralement apathique, quelquefois violent, fréquentes attitudes stéréotypées et catatonisme.

OBS. XVIII. — La santé physique est devenue excellente. Les préoccupations hypocondriaques ont disparu. Légère amélioration au point de vue mental: est moins triste et s'occupe un peu, mais ne paraît pas désirer la sortie.

OBS. XIX. — Art... (Joseph), sorti guéri le 27 février 1916.

OBS. XX. — Le dossier de ce malade s'est complété par la réception d'une note intéressante, qui avait été oubliée, de M. le Dr Allemagne, datée de Saint-Dizier, 3 octobre 1915, dont je ne puis donner que quelques extraits: « L... (Léon) a été rencontré, le 23 septembre 1915, à 5 kilomètres de Joinville (Haute-Marne), sans papiers et dans l'impossibilité absolue d'expliquer sa présence dans ce lieu. Conduit à la gendarmerie des étapes de Saint-Dizier, il a eu, à ce moment, une violente crise d'excitation au cours de laquelle il a jeté une tinette à la tête d'un gendarme. Il a présenté, depuis, un état d'exaltation maniaque caractérisée par de l'agitation motrice et de la logorrhée. » Quelques symptômes physiques et l'existence d'idées

de richesses et de grandeur absurdes ont fait craindre à notre confrère un début de paralysie générale. Le malade nie la syphilis, mais avoue quelques excès de boisson. La ponction lombaire a décelé un liquide non hypertendu renfermant une très forte proportion de fibrine. L'examen cytologique n'a pu être pratiqué. La fugue inconsciente du début et l'examen clinique du malade, soit au point de vue somatique, soit au point de vue psychique, nous font écarter le diagnostic de paralysie générale et nous confirment dans celui de confusion mentale. L'état de ce malade n'a pas changé depuis le 31 décembre 1915.

J'ai déjà dit que sur les onze militaires de la première catégorie (n'ayant pas été au feu), il en est deux qui doivent être éliminés. Sur les neuf autres sujets, huit étaient sortis guéris avant le 31 décembre 1915. Le neuvième (obs. VI), légèrement amélioré, est encore à l'asile. Nous voyons, par ces résultats, combien est bénin le pronostic de ces « nerveux » de la première heure. Tous ces cas étaient des cas de confusion mentale chez lesquels c'était tantôt l'agitation qui dominait, tantôt la dépression portée jusqu'à la stupeur (obs. V) ou la stupidité (obs. XIV).

Chez les militaires de la deuxième catégorie (revenant du feu), au nombre de neuf aussi, l'affection mentale s'est montrée plus grave. Quatre seulement sont sortis guéris. Les cinq autres sont encore à l'asile et, chez tous, le pronostic doit être réservé.

Le jeune P... (Benoît), quinze ans, dont j'ai relaté l'observation, à l'occasion des psychoses observées dans la population civile, et qui, au 31 décembre 1915, paraissait en voie de guérison, n'a pas persisté dans cette voie. Il est fréquemment sujet à des périodes d'agitation inconsciente. Dans les périodes de calme, la dépression arrive jusqu'à la stupidité. J'ai appris que son grand-père maternel s'était suicidé à la suite de chagrins ou de simples contrariétés domestiques.

ANAPHYLAXIE

ET AFFECTIONS MENTALES¹

Par le Dr LAGRIFFE,

Directeur-médecin en chef de l'asile d'Auxerre.

L'anaphylaxie, cette curieuse propriété que possèdent certains poisons d'augmenter, au lieu de la diminuer, la sensibilité de l'organisme à leur action, n'est pas une notion absolument nouvelle; M. le professeur Richet, lui-même, en fait remonter les origines jusqu'à Magendie. Sans aller si loin, on sait que les premières tentatives de Koch, de sérothérapie de la tuberculose, attirèrent l'attention sur l'hypersensibilisation possible de l'organisme, et que la réaction tuberculinique, employée aujourd'hui depuis si longtemps, n'est pas autre chose qu'une manifestation anaphylactique.

Le mérite de M. le professeur Richet, et rien ne saurait le diminuer, a été de faire de la réaction paradoxale une notion générale et de donner du phénomène une explication que rien n'est venu controuver. Il a surtout codifié les conditions de sa production, et il a montré, dès 1902, fait qui doit tout particulièrement nous intéresser, que le poison anaphylactisant est un poison du système nerveux central.

La notion de l'anaphylaxie a eu un succès d'autant plus grand qu'elle correspond ou que, du moins, elle

(1) Cette note avait été préparée pour le Congrès de médecine mentale qui devait se tenir, à Luxembourg, en août 1914.

semble correspondre à toute une série de préoccupations, vieilles comme la pathologie générale. L'une de ces préoccupations a donné naissance à ce que l'on appelle la corrélation.

La corrélation doit être définie : l'influence qu'exercent les unes sur les autres les cellules d'un même organisme; cette influence est directe lorsqu'elle s'exerce d'une cellule sur des cellules voisines, ou bien elle est indirecte, lorsqu'elle s'exerce au loin; dans ce dernier cas, il est souvent difficile d'invoquer même une accumulation de corrélations directes, et, pour expliquer cette action lointaine, on a été amené à faire intervenir, soit le milieu intérieur, soit le système nerveux. Une cellule, en effet, a besoin pour vivre d'emprunter au sang des éléments assimilables, et ceci détermine une première modification du milieu intérieur; d'autre part, elle doit éliminer ses déchets qui sont repris par ce même milieu, soit directement, soit par l'intermédiaire de la lymphe. Aussi, le sang et la lymphe qui sortent d'un organe diffèrent-ils du sang et de la lymphe qui y arrivent; de telle sorte que cette modification élémentaire du milieu intérieur apporte une modification parallèle dans la vie des autres cellules. Chaque cellule se trouve donc être sous la dépendance de toutes les autres; cette action réciproque est incessante, elle est unificatrice et elle constitue l'une des formes les plus importantes de la corrélation. Cette forme ne doit pas nous faire négliger les autres : indépendamment des réactions du système nerveux aux modifications du milieu intérieur, il ne paraît pas contestable que le travail cellulaire puisse exciter chimiquement ou mécaniquement les extrémités nerveuses, excitations susceptibles d'être transmises à la moelle épinière qui réagit alors par voie réflexe sur les autres organes.

Il est indiscutable que bien des faits, autrefois mis

sur le compte de la corrélation, répondent aujourd'hui à la notion plus précise d'anaphylaxie. Ce que nous avons appris, au début, de l'anaphylaxie se référerait surtout à l'action exercée sur les organismes par des substances exogènes, introduites, soit par la voie sous-cutanée, soit par la voie sanguine; or, on a pu lui rapporter bientôt certains phénomènes d'origine gastro-intestinale répondant à des intoxications alimentaires; on a admis que, dans certaines circonstances, les albumines exogènes pouvaient traverser les tuniques protectrices de l'intestin, devenues défailantes, et pénétrer ainsi, par exception, dans la circulation sanguine. Puis, le caractère hétérogène des matières anaphylactisantes est apparu de moins en moins nécessaire; on a signalé des cas d'anaphylaxie par autosérothérapie ascitique, par rupture hydatique, on a pensé, alors, que, dans certaines circonstances, notre sérum pouvait charrier, à l'avance, des albumines hétérogènes; enfin, cette condition hypothétique a perdu elle-même son caractère de nécessité, on a admis que l'organisme était capable de fabriquer des albumines hétérogènes et l'on a parlé de l'hétérogénisation des albumines autogènes. Nous voici ainsi revenus à la corrélation: si des groupes cellulaires ou des organes fabriquent, à un moment donné, des albumines de qualité inhabituelle et les déversent dans le torrent circulatoire, ces albumines iront influencer d'autres groupes cellulaires ou d'autres organes et pourront être l'origine d'un choc anaphylactisant.

Depuis fort longtemps, les aliénistes ont porté leurs investigations sur des faits qui sont en rapports très étroits avec la corrélation et auxquels ils ont donné le nom spécial de sympathie. Il s'agit là d'une action exercée à distance sur le cerveau par certains troubles viscéraux; ceux de ces troubles qui ont le plus attiré l'attention sont les troubles génitaux. Sans remonter en

deça du siècle dernier, vous savez qu'Esquirol avait noté la coïncidence fréquente de la manie, de la mélancolie et des altérations fonctionnelles et physiques de la sphère génitale chez la femme; qu'en 1856, Loiseau a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la folie sympathique, qui a pour origine des maladies chroniques locales plus ou moins graves; que, plus tard, en 1866, Dauby a consacré la sienne aux rapports de la menstruation avec la folie et que, adoptant les idées précédemment défendues par Trousseau et Pidoux, il a conclu que la névrose dépend des modifications survenues dans le sang au moment de la période cataméniale.

Ultérieurement, l'action sympathique s'est encore précisée; M^{me} Margoliès, étudiant les effets de la castration ovarienne, a noté que les modifications psychiques qui lui étaient consécutives se rapportaient presque toutes à la confusion mentale et étaient de nature infectieuse. Je ne parle pas de la communication de M. Deny au Congrès de la Rochelle, sur la pathogénie des folies sympathiques, vous la connaissez tous. Cette origine infectieuse ou toxique des psychoses génitales rencontra, cependant, une certaine résistance, parce qu'elle heurtait un peu la doctrine de la dégénérescence, et M. Castin, dans sa thèse de 1899, sur les psychoses puerpérales dans leurs rapports avec la dégénérescence mentale, estimait que seul, un petit nombre de ces psychoses *semble* déterminé par l'intoxication; enfin, pour borner là ces quelques indications historiques, en 1904, M. Roger Dupouy, dans son travail inaugural, tout en accordant à la prédisposition la part qui lui est incontestablement due, du moins comme localisation des phénomènes secondaires, concluait qu'une intoxication est absolument nécessaire.

Je n'ai pas besoin de vous dire que la question s'est encore compliquée de toutes les notions que nous devons

à la déconverte des sécrétions internes qui peuvent agir soit par leur suppression, soit par leur viciation. Mais, il ne semble pas que, de ce côté-là, la médecine mentale ait généralement pu tirer de bien gros bénéfices; l'essai le plus important qui ait été fait l'a été par M. Régis qui, dans un cas de psychose consécutif à la castration ovarienne, n'a obtenu avec l'opothérapie qu'une amélioration des sentiments affectifs sans modifications des troubles de l'intelligence proprement dits.

Enfin, dans ces dernières années, l'anaphylaxie est venue accroître encore la confusion, à moins qu'elle n'ait fait qu'apporter une condition nouvelle aux causes susceptibles de déterminer la folie.

En 1910, M. le professeur Jean Lépine, dans un travail intitulé : *Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale*, a tenté de faire une première application de cette dernière notion à la pathologie mentale. Faisant un rapprochement entre la périodicité, la récurrence de certaines affections mentales et l'anaphylaxie, une dissociation très heureuse lui a d'abord permis de considérer la périodicité comme l'élément le plus caractéristique de ces psychoses et comme étant d'une fréquence remarquable en pathologie mentale; cette périodicité pathologique ne serait d'ailleurs qu'une sorte de déviation de cette périodicité des fonctions qui constitue une loi générale de la biologie. Ces considérations ont amené M. Lépine à cette conclusion, particulièrement intéressante, que la périodicité pathologique est une preuve de l'activité de la résistance de l'organisme et que, « pour faire des oscillations périodiques, il faut une intégrité relative du cortex », au fur et à mesure que la démence s'avance, la périodicité a tendance à cesser. Mais, l'origine physiologique de cette périodicité ne nous éclaire, en aucune façon, sur ses causes prochaines, et il n'est pas douteux qu'il est insuffisant d'invoquer, comme l'a

fait Kraepelin, pour l'expliquer, l'existence d'une constitution cyclothymique; d'autant plus que celle-ci laisserait subsister, entière, la question des récidives. Pour certaines de celles-ci, M. le professeur Régis a invoqué des crises de saturation toxique, chez les arthritiques avérés, chez les constipés chroniques, et cette étiologie paraît incontestablement réelle dans certains cas, ceux qu'invoque M. Régis. Mais, ainsi que le fait remarquer fort justement M. Lépine, les cas dans lesquels on ne peut apercevoir la cause prochaine de l'accès sont ceux dans lesquels il ne s'agit pas d'une première crise; si les derniers accidents sont survenus sans raisons appréciables, il n'en est pas de même des premiers; et il semble donc que ce soit parce que la réceptivité de l'organe s'accroît au fur et à mesure que les crises s'ajoutent les unes aux autres et parce que, de plus en plus, l'amélioration est incomplète dans le cours des périodes intercalaires; en résumé, les choses, dit M. Lépine, se sont passées comme si la psychose récidivante était un phénomène d'anaphylaxie cérébrale. Il semble que cette hypothèse doive être retenue à l'endroit des psychoses toxi-infectieuses, dont on sait la facilité à récidiver (délires reviviscents, délires à éclipses, etc.), c'est-à-dire dans des circonstances où les conditions paraissent être éminemment favorables à la production des chocs anaphylactiques; à l'endroit aussi de certaines psychoses intermittentes qui sont accompagnées de manifestations organiques analogues à celles que l'on observe au cours des maladies aiguës.

M. le professeur Rémond (de Metz) est revenu tout récemment sur cette question, mais avec une précision beaucoup plus grande que celle de M. Lépine, dans un article des *Annales médico-psychologiques* intitulé : « De la valeur anaphylactique du syndrome mélancolique ».

colie. » Ce qui n'était qu'une hypothèse chez le professeur lyonnais devient, presque, une certitude.

M. Rémond a pu constater que chez un certain nombre de mélancoliques, il avait existé, au moment ou avant les premières règles, soit une maladie infectieuse, soit de la chlorose, soit un état dyscrasique grave, soit des fatigues ou des émotions. « A ce moment, les choses se passent comme si la maladie ou l'infection, d'une part, les sécrétions internes de l'ovaire, d'autre part, formaient ou permettaient la formation dans l'organisme d'une substance qui, plus tard, sera le point de départ d'une intoxication grave à l'occasion d'une modification anormale de l'hormone ovarienne. » C'est là le rajeunissement d'une idée émise, en 1890, par Schüle, à propos des psychoses de l'influenza : « Une psychopathie ou une affection mentale a d'autant plus de chances de se développer que le début de l'influenza, ou le maximum de la fièvre, ou l'acmé du stade ultérieur d'épuisement accompagne ou avoisine les époques critiques des ondes menstruelles. »

En faisant la synthèse de toutes les considérations dont il accompagne les observations qu'il a pu recueillir, M. Rémond en arrive à concevoir l'ensemble du syndrome mélancolie comme un processus anaphylactique dont il a précisé le moment de sensibilisation.

Cette question de l'explication anaphylactique de certains états mentaux me préoccupe depuis plusieurs années; j'en ai étudié les divers aspects, d'abord conjointement avec M. Rémond, puis seul, et j'en suis arrivé à cette conclusion, qui me semble répondre encore aujourd'hui à la réalité des faits, que la question n'est pas au point. L'apparition de quelques travaux m'oblige à sortir de la réserve que je m'étais imposée, provisoirement, et à signaler les faits à notre Congrès.

En ce qui concerne la mélancolie, il faut tout d'abord

observer qu'à l'heure actuelle rien ne prouve qu'on puisse la considérer comme étant, à proprement parler, un délire de nature toxique; nous connaissons parfaitement, aujourd'hui, les symptômes du délire d'intoxication et ces symptômes ne sont pas ceux de la mélancolie. Il convient cependant de faire cette réserve que bien des délires toxiques, se rapportant soit à la confusion mentale simple, soit même à la confusion hallucinatoire, ressemblent à la mélancolie et peuvent, à première vue, être catalogués comme tels. D'un autre côté, nous connaissons, aussi, les symptômes du choc anaphylactique : diarrhée sanglante, vomissements, troubles de l'équilibre, dilatation pupillaire, accélération de la respiration, anxiété, abaissement de la pression artérielle, tachycardie, etc., tous phénomènes que l'on n'observe généralement pas dans la mélancolie, sauf, et seulement en partie, dans la mélancolie d'involution présénile ou sénile de Kraëpelin.

Nombreux sont les cas dans lesquels on a tenté le traitement opothérapique au cours des états de dépression ou d'excitation qui semblent être en rapport de causalité avec des modifications cataméniales; or, comme cette opothérapie ovarienne se fait ou s'est fait très souvent à l'aide d'extraits totaux de l'organe, si l'on se trouvait en présence de faits de nature anaphylactique, il n'est pas douteux que ces tentatives d'opothérapie n'auraient pas manqué de déterminer souvent des accidents mortels, rien de tel n'a cependant été signalé. L'anaphylaxie est un trouble hyper et, dans la plupart des cas, les variations morbides menstruelles apparaissent plutôt comme des troubles hypo.

Il convient de ne pas perdre de vue l'avertissement donné par M. Armand Delille, au Congrès de médecine de Paris, en 1912 : ne pas délibérément faire sortir l'anaphylaxie des sages limites qui lui furent tracées par

M. Richet, de crainte que celle-ci ne finisse par n'être plus qu'un assemblage de faits plus ou moins curieux, plus ou moins expliqués, n'ayant peut-être pas grands liens entre eux et que, par amour de la mode et de la nouveauté, on range, à tort et à travers, sous une étiquette usurpée.

Cela ne veut pas dire que la définition de M. Richet ne doive pas sembler un jour trop étroite, je le crois ; reste à savoir si le moment est venu de l'élargir et de remplacer une notion précise par une autre notion tellement vaste que nous ne serions pas plus avancés que lorsque nous n'avions à notre disposition que l'auto-intoxication et la corrélation ?

M. Richet a lui-même conseillé de rester sur une sage réserve et, particulièrement, il nous avertit de ne pas tenter de faire rentrer la vulnérabilité individuelle, transmise ou acquise, dans l'anaphylaxie. Il est un fait bien connu des médecins aliénistes qui illustre assez opportunément le conseil avisé de M. Richet : nous savons tous que les enfants de buveurs, surtout de buveurs de boissons distillées et de boissons à essences, sont tout particulièrement sensibles à l'action de l'alcool et que de très petites doses sont capables de les griser ou de les faire délirer ; nous savons ensuite que bien souvent les buveurs eux-mêmes, lorsqu'ils ont déjà présenté des troubles cérébraux, deviennent de plus en plus sensibles et finissent par se comporter vis-à-vis de l'alcool comme des héréditaires. Voilà une notion qui, à première vue, ressemble étrangement à l'anaphylaxie, depuis que MM. Rosenan et Anderson ont démontré que l'anaphylaxie est susceptible de se transmettre par l'hérédité. Il ne semble pourtant pas que l'on soit en droit d'invoquer ici la production du choc anaphylactique, pour plusieurs raisons, dont la principale est que si l'anaphylaxie héréditaire existe

bien, cette anaphylaxie est de très courte durée et ne dépasse pas quelques semaines, quelques mois.

Le seul fait qui puisse, jusqu'ici, retenir notre attention est que les poisons anaphylactisants ont une particulière prédilection pour le système nerveux; d'abord pour le cerveau, puis, pour le bulbe et la moelle et enfin, un peu, pour les nerfs; que ces poisons se fixent par dissolution dans les lipoides et les substances albuminoïdes du protoplasma et forment avec eux des complexes dont l'adhérence est telle que leur dissolution est des plus difficiles. Ce fait est important car il nous permet de soupçonner, mais seulement de soupçonner, l'origine probablement anaphylactique de certains états mentaux. Une seule méthode nous permettrait, à l'heure actuelle, de démontrer expérimentalement qu'une affection est de telle nature; elle consisterait à injecter au malade, après guérison, une petite quantité de son sérum prélevée au moment de l'accès. Ce procédé nous est naturellement interdit.

Mais, en l'absence de démonstrations expérimentales, il nous reste la clinique qui conserve tous ses droits et toute sa valeur; elle peut nous apprendre bien des choses et elle nous en apprendra beaucoup lorsqu'elle sera mieux fixée par l'observation prolongée de faits dont la nature est indiscutable. Nous avons énuméré tout à l'heure les principaux symptômes de la période d'état de l'accès anaphylactique, nous commençons à être éclairés sur les signes prémonitoires du choc : MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud viennent de signaler comme phénomène initial de l'anaphylaxie des troubles identiques à ceux décrits dans l'hémoglobinurie paroxystique : diminution considérable du nombre des globules blancs, chute de la pression sanguine, hypercoagulabilité du sang, abaissement de l'indice réfractométrique du sérum sanguin; c'est ce que

ces auteurs ont appelé la crise hémoclasique. Ce sont des faits de cette nature qui nous permettront de dépister plus facilement et avec plus de certitude les cas qui peuvent être légitimement mis sur le compte de l'anaphylaxie.

La notion de l'anaphylaxie, si séduisante soit-elle, est, en clinique, masquée et doublée par tant de réactions que sa délimitation est particulièrement difficile; cette difficulté est accrue encore en clinique mentale par le fait du matériel dont nous disposons. Ici, surtout, nous ne pouvons résoudre une telle question par des hypothèses, par des confrontations, ni par des ressemblances. Cette question, dans ses applications psychiatriques a donc besoin d'être étudiée sérieusement, non seulement au lit du malade, mais encore dans le laboratoire; elle a besoin aussi d'être passée au crible de la discussion et c'est pourquoi j'ai cru faire œuvre utile en la signalant d'une façon toute particulière à l'attention du Congrès.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 MAI 1916.

Présidence de M. CHASLIN, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Dupouy, Haury, Jean Philippe, Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Vigouroux, président, qui, encore souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M^{me} Elise Soukhanoff qui remercie la Société des sentiments de sympathique condoléance qui lui ont été exprimés à l'occasion du décès de son très regretté mari ;

3° Une lettre de M. Haury, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4° Une lettre de M. Arrigo Tamburini, médecin du manicomie provincial d'Ancône, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

Présentation d'appareil.

M. JEAN PHILIPPE présente un appareil dont il donne la description. Il s'agit de l'appareil de présentation projective du D^r Prof. R. Brugia, provenant du Laboratoire de psychologie expérimentale de la maison d'aliénés de Bologne (Italie).

Cet appareil donne la possibilité : a) d'avoir des images d'une grandeur variable à l'infini ; b) d'avoir ces

images dans l'obscurité ; c) de les avoir en plein silence sans que l'appareil ait le désavantage et le désagrément d'être bruyant ; d) de les avoir sans que le sujet d'expérience s'aperçoive de leur source et ne voie l'appareil ; e) d'éviter l'inconvénient d'une apparition progressive du Test, disparaissant aussi par le même mouvement et sans aucun arrêt, c'est-à-dire avec un mouvement saccadé ; f) d'utiliser l'appareil avec ou sans métronome, avec ou sans électricité.

Tumeur du lobe frontal droit. — Sarcome endothéliomateux,

Par M. V. TRUELLE, médecin,
et M^{lle} BOUDERLIQUE, interne
de la Maison de Santé de Ville-Evrard.

Ayant eu tout récemment l'occasion de recueillir l'observation d'un cas de tumeur du lobe frontal droit, il nous a paru intéressant de la rapporter à la Société médico-psychologique, continuant ainsi la série ouverte dans la précédente séance par MM. Lwoff et Targowla.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, cultivateur, entré à la maison de santé, le 4 avril 1916.

Pas d'autécédents héréditaires à relever.

Pas d'autre maladie à signaler qu'une atteinte de tétanos, il y a dix-neuf ans, parfaitement guérie. Bonne santé habituelle.

Marié, le malade est père d'un garçon de dix-neuf ans et d'une fille de douze ans, bien portants. Pas de syphilis reconnue (1). Pas d'excès alcooliques.

Il y a trois ans, bousculé par un cheval, il donna de la tête contre une cloison ; mais ce traumatisme ne fut suivi d'aucun symptôme encéphalique immédiat ni éloigné.

Dès le mois d'août 1914, on remarque chez M... un changement dans l'humeur et dans le caractère : il devient maussade, sombre par moments ; peu causeur, il fuit la société des autres. Mais comme il continuait son travail et ne se plaignait d'aucun

(1) La réaction de Wassermann, pratiquée à l'Institut Pasteur, le 29 avril 1916, donne cependant, pour le sang, un résultat « partiellement positif ».

malaise, cette attitude fut mise sur le compte des préoccupations de la guerre. Même quand cet état dépressif se fut accentué, à partir du mois d'octobre, on pensa encore que cette espèce de concentration sur soi-même provenait de l'inquiétude qu'il avait du prochain départ de son fils à l'armée.

Pourtant, dès cette époque (octobre 1915), on remarque, par moments, des lacunes dans les souvenirs, des oublis portant sur les faits les plus récents. Bientôt aussi, il a des insomnies, il perd l'appétit et commence à maigrir; il accuse parfois une certaine lourdeur dans la tête, une céphalée vague et intermittente, avec quelques vertiges. Son humeur sombre s'accroît, il se désintéresse des choses, « rien ne lui dit plus ». Néanmoins, il continue de travailler régulièrement.

Le 2 février 1916, au matin, il est pris d'une céphalée extrêmement violente, rebelle, et cette fois persistante. Alors, il doit cesser toute occupation. L'insomnie est absolue, l'appétit de plus en plus restreint, l'amaigrissement s'accroît, la constipation s'établit. Les vertiges sont plus fréquents; à partir du 10 mars, il lui arrive parfois de ne plus pouvoir « se tenir sur ses jambes »; à d'autres moments, il peut encore marcher, mais maladroitement et en vacillant. Il aurait eu aussi, à cette époque, quelques vomissements.

Cinq jours avant son admission à la maison de santé, devenu radicalement impotent des membres inférieurs, il doit garder le lit définitivement.

A son entrée (4 avril), on note les symptômes suivants :

M... est alité; il apparaît amaigri et fatigué. Sa physiologie, peu mobile, exprime surtout l'égarement et l'obtusion. Il répond à l'interrogatoire d'une voix lente, monotone, basse et presque murmurée. Bien qu'il comprenne ce qu'on lui dit, ses réponses sont brèves, souvent retardées, incomplètes et inachevées. Il faut souvent répéter les questions, encore parfois sont-elles vaines, plongé qu'il est dans un état de torpeur dont il ne sort que partiellement et pour un court moment. Ce n'est que très exceptionnellement qu'il fait preuve de quelque spontanéité. Les explications qu'il donne sont en partie vagues, imprécises, mais non contradictoires. Il a manifestement une grande difficulté à rassembler ses souvenirs et à coordonner ses idées. Son attention est presque nulle; s'il saisit parfois quelque fait extérieur, il ne s'y arrête pas. Rien, apparemment, ne l'intéresse. Il est mal orienté dans le temps et dans l'espace. La mémoire d'évocation est paresseuse et imparfaite : s'il situe dans le temps, avec une exactitude suffisante, les principaux faits de sa vie passée, ce n'est pas sans difficulté ni sans hésitation; les renseignements qu'il donne sur le début et la marche de sa maladie, pour exacts qu'ils soient dans l'ensemble, restent

superficiels et vagues. La mémoire d'acquisition est presque nulle; au bout de quelques jours, il méconnaîtra la date de son entrée, la durée de son séjour, les visites reçues; il ignorera totalement le nom des personnes qui l'entourent. Par ailleurs, il sait qu'il est malade; il a une notion suffisante des principaux troubles qu'il présente; il se rend compte qu'il est ici pour se soigner, bien qu'il se croie tantôt chez lui, tantôt dans son chef-lieu d'arrondissement. Il voit bien qu'il est entouré d'autres malades, mais il n'apprécie pas le caractère de leur affection.

D'autre part, on note quelques préoccupations hypocondriaques : il ne peut plus avaler, parce que les aliments ne passent pas, l'intestin aussi est obstrué; c'est l'effet de sa maladie. En fait, il ne prend que des aliments liquides, en petite quantité, du moins les premiers jours; après une huitaine, il s'alimentera mieux, paraissant avoir oublié ses idées hypocondriaques. Il présentera aussi, à différentes reprises, un peu d'onirisme et de fabulation : des assassins et des apaches viennent la nuit dans sa chambre, il fait en imagination des préparatifs pour la première communion de sa fille, etc.

Calme dans l'ensemble, il a seulement des mouvements automatiques, plus accentués à certains moments, remuant maladroitement dans son lit; tripotant au hasard ses draps et ses couvertures.

En résumé, en dehors de vagues idées hypocondriaques, d'une tendance intermittente à l'onirisme et d'un affaiblissement intellectuel possible, probable même, mais peu marqué, et portant principalement sur la mémoire; ce qui caractérise son état mental, ce sont des troubles confusionnels avec torpeur cérébrale très prononcée quoique variable dans une certaine limite, selon les moments.

Cette torpeur cérébrale va même jusqu'à un véritable état de somnolence qui tendra peu à peu à s'accuser de manière à devenir, dans la suite, extrêmement prononcé et à dominer toute la scène clinique.

Au point de vue physique, outre l'inappétence relative, la constipation et l'amaigrissement déjà signalés, on note les symptômes suivants :

Toux trachéale, sans expectoration et sans signes d'auscultation; respiration superficielle, mais régulière.

Rien au cœur; pouls faible, ralenti (60 pulsations); circulation capillaire imparfaite avec légère cyanose des extrémités et parésie vaso-motrice.

Rien dans les urines.

Le malade accuse toujours une céphalée frontale modérée et dont il ne parlera plus au bout de quelques jours. A deux ou trois reprises, il présentera des nausées sans vomissements. La

station debout est impossible; il ne peut se mettre en équilibre: même soutenu, il vacille, penche de côté ou en arrière et tomberait infailliblement si l'on n'y prenait garde. Il ne peut marcher que fermement soutenu sous les bras: alors, il continue de se renverser sur le côté gauche ou en arrière; les pieds sont projetés maladroitement, s'entrecroisent et frottent le sol par intervalles, surtout le pied gauche. Aux membres supérieurs, l'incoordination motrice est beaucoup moindre; toutefois, les mouvements du bras et de la main gauches sont nettement imprécis et malhabiles. Il n'y a pas d'hypermétrie ni de catalepsie cérébelleuse vraie, seulement une certaine persévération dans les attitudes qui paraît le fait de la torpeur cérébrale; la recherche de l'adiadococinésie est peu probante, en raison notamment de la persévération. Pas de tremblement. Pas de troubles de la déglutition. Pas de dysarthrie, l'élocution étant seulement monotone et presque murmurée.

Les réflexes tendineux sont exagérés, surtout aux membres inférieurs et du côté gauche; les réflexes abdominal et crémasterien très diminué; le réflexe plantaire dépressif très exagéré. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de Babinski provoqué, mais, dans les mouvements spontanés et incoordonnés du malade, l'orteil gauche reste en forte hyperextension.

Pas d'hémianopsie, ni d'aphasie (le malade est complètement illettré). Pas d'apraxie ni d'agnosie. Pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles appréciables de la vision (l'examen ophtalmoscopique n'a pu être pratiqué).

Les pupilles sont normales, et les réflexes accommodateurs et lumineux conservés.

Gâtisme urinaire par intervalles.

Dès le premier jour on constate, en outre, une très légère hémiparésie gauche: pli naso-génien n'apparaissant pas dans les contractions de la face, main gauche 18 au dynamomètre, main droite 24, hypotonie du membre supérieur gauche, prédominance de ce côté de l'exagération des réflexes et de la spasmodicité du membre inférieur. Cette hémiparésie se confirmera et deviendra très nette vers la fin, mais sans jamais aller jusqu'à l'hémiplégie complète.

Pendant tout le temps de son séjour à la Maison de santé l'état du malade reste sensiblement le même, en ce sens qu'aucun symptôme nouveau ne se manifeste, si ce n'est dans les derniers jours, quelques secousses musculaires prédominantes à gauche, des bâillements spasmodiques fréquents, de l'accélération avec intermittences du pouls et l'accentuation de l'hémiparésie gauche déjà signalée. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'exagération de la somnolence, devenue de plus en plus continue et profonde, au point qu'il arrivera au malade de ne

même pas se réveiller complètement pendant une ponction lombaire. (Celle-ci, comme une autre faite précédemment, est restée blanche.) L'amaigrissement aussi fait des progrès rapides; le gâtisme urinaire devient permanent.

Dans les premiers jours de mai l'état est inquiétant; l'alimentation difficile, la somnolence presque continue: il n'est plus possible d'entrer en communication avec le malade; de gros râles bronchitiques apparaissent; le soir, la température monte au-dessus de 38°; les secousses musculaires sont plus fréquentes; et, le 6 mai, M... meurt dans le coma.

Autopsie. — L'examen des viscères thoraciques et abdominaux ne révèle rien d'intéressant à signaler. Il n'y a nulle part trace de néoplasie.

Le crâne, bien que non épaissi, est remarquablement dur.

Dès son ouverture, la dure-mère, non adhérente au périoste, apparaît distendue. Les sinus veineux sont fortement congestionnés. Par ailleurs, son aspect est normal.

Elle est fortement adhérente aux méninges et au tissu sous-jacent un peu en avant de la région moyenne de la face externe du lobe frontal droit, sur une étendue presque circulaire, et large comme une pièce de 5 centimes. Dans toutes les autres régions elle se détache facilement des méninges molles, sauf encore au niveau des granulations de Pacchioni très étendues et remarquablement développées.

La pie-mère est uniformément congestionnée, avec stase veineuse considérable, notamment sur l'hémisphère cérébral droit. Au niveau des régions pariétales supérieures, il y a des traces discrètes d'œdème avec, le long de quelques sillons, dépôt de sérosité louche. Sauf au niveau des fosses sylviennes, pas d'épaississement notable; décortication facile.

Sous cette enveloppe, le cerveau apparaît fortement distendu, les circonvolutions aplaties, les sillons complètement effacés. Ces signes d'hypertension intraveineuse sont un peu moins prononcés aux pôles occipitaux; ils sont au maximum dans l'hémisphère droit.

Le cerveau enlevé, rien d'autre n'apparaît à première vue, si ce n'est une grande mollesse de la substance nerveuse.

Poids de l'encéphale.	1.490 gr.
Poids des hémisphères.	1.240 —
Poids de l'hémisphère gauche.	550 —
Poids de l'hémisphère droit.	690 —

Pas d'augmentation du liquide intraventriculaire; pas de granulations épendymaires.

En pratiquant une coupe verticale dans la région frontale droite, au niveau de la zone d'adhérence indiquée ci-dessus, la tumeur apparaît.

C'est une masse à peu près régulièrement arrondie, ayant 45 millimètres de diamètre vertical et 38 millimètres de diamètre horizontal. Elle adhère aux méninges molles, et moins intimement à la dure-mère sur une étendue circulaire de 20 millimètres de diamètre.

Apparemment développée aux dépens des méninges, au niveau de la région moyenne de F^2 et de la partie supérieure de F^3 , la tumeur plonge immédiatement dans la substance cérébrale qu'elle refoule en même temps que la pie-mère restant invisible extérieurement, si ce n'est au niveau de la zone d'adhérence. Elle est nettement distincte à sa périphérie du tissu nerveux, et n'étaient certaines adhérences surtout marquées sur sa paroi antérieure, serait énucléable. Située tout entière au-dessus de la coupe horizontale d'élection elle n'intéresse par elle-même, dans le centre ovale, que les fibres de projection d'une partie de F^2 et de F^3 . Mais une large trainée œdémateuse dont les limites sont mal déterminées, la prolonge en profondeur et en arrière.

A la coupe, la surface de cette tumeur, non suintante est largement granuleuse, faite de zones claires, blanchâtres, irrégulièrement arrondies, et d'espaces plus vascularisés de couleur rougeâtre. Vers son pôle supérieur, là où elle adhère aux méninges, elle présente dans son intérieur un petit foyer d'hémorragie.

Rien d'autre à signaler dans les centres nerveux, si ce n'est une forte congestion généralisée des substances grise et blanche. La capsule interne, macroscopiquement, paraît indemne.

A l'examen histologique, cette tumeur apparaît constituée par des cellules en grande partie fusiformes, pourvues d'un gros noyau clair dans lequel se révèle généralement un fin nucléole. De minces travées fibreuses, irrégulières, plus denses vers le pôle superficiel, nées manifestement des enveloppes parcourent en tous sens la masse néoplasique. Celle-ci est richement irriguée; on y trouve des extravasations et des lacs sanguins et aussi des vaisseaux dont les parois apparaissent formées par les cellules mêmes de la tumeur. Ces extravasations sanguines, véritables hémorragies interstrielles, sont particulièrement développées au pôle superficiel. Dans l'ensemble, les cellules constitutantes sont, les unes organisées en faisceaux orientés dans toutes les directions, les autres, en beaucoup plus grand nombre, agglomérées en tourbillons au milieu desquels se trouvent une multitude de formations nettement arrondies, de « globes, » formés par l'enroulement sur elles-mêmes d'un nombre variable de cellules. Ces globes ne sont pas kératinisés; on ne trouve nulle part non plus de ces concrétions calcaires, dites angiolithes. Manifestement développé aux dépens des

méninges, le tissu néoplasique est franchement distinct du tissu cérébral, et même il en apparaît séparé par la meninge molle que l'on retrouve à la limite avec ses caractères habituels, seulement un peu plus épaissi et fibreuse, mais non infiltrée. C'est en somme un sarcome méningé du type endothéliomateux. La substance cérébrale est purement et simplement refoulée, tassée en une loge sphérique, coïncant la masse néoformée, ni envahie, ni détruite par celle-ci.

Un examen histologique complet du cortex n'a pu encore être pratiqué. Disons toutefois, que ni dans la région immédiatement adjacente à la tumeur, ni dans la frontale et la pariétale ascendantes droites (côté de la tumeur) on ne trouve d'infiltration cortico-méningée. La pie-mère, comme nous l'avons dit, est seulement légèrement épaissie et fibreuse. On ne constate pas de prolifération névroglie. Les cellules corticales sont nettement visibles dans la région péri-néoplasique; mais elles y sont tassées et condensées. Elles offrent, en outre, des lésions importantes de chromatolyse généralisée: les noyaux sont peu distincts, les prolongements en grande partie disparus, la colorabilité uniformément diffuse; çà et là des traces de surcharge par le pigment jaune, et quelques rares figures de neuronophagie. Ces mêmes lésions cellulaires se retrouvent dans la frontale et la pariétale ascendantes droites, mais à un degré sensiblement moins avancé (1).

Résumé. — Il est bien entendu impossible de fixer l'époque d'apparition de cette tumeur et par conséquent d'établir sa période de latence. Tout ce que l'on peut dire c'est que l'évolution des tumeurs méningées est en général lente, et qu'on ne trouve pas dans celle-ci l'aspect épithéliomateux que revêtent parfois celles à développement particulièrement rapide.

Elle se manifeste d'abord par des troubles de l'humeur et du caractère, puis par des lacunes amnésiques qui, pendant plus d'un an, restèrent les seuls signes constatés. Dans l'ensemble, sa symptomatologie garda toujours d'ailleurs un caractère psychique prédominant, tel qu'il nécessita l'internement.

S'il est bien établi que ces troubles psychiques ne sont pas le seul apanage des tumeurs frontales, si notam-

(1) Nous tenons à remercier M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine qui a bien voulu examiner nos préparations et nous éclairer de sa compétence.

ment la torpeur cérébrale, très marquée chez notre malade, fait partie de ce que Duret appelle le syndrome commun aux tumeurs encéphaliques, il n'en reste pas moins vrai que c'est surtout dans les néoformations de cette région que ces troubles sont le plus fréquemment et surtout le plus précocement observés (Brüns, Giannelli, Oppenheim, Allen Star, Williamson, etc.), quelle qu'en soit d'ailleurs la pathogénie; que l'on admette, avec Raymond et Grândgnillot, que cette déchéance psychique généralement progressive provient de l'altération et de la destruction des fibres commissurales reliant les lobes frontaux aux autres centres corticaux; que l'on fasse intervenir, comme il est classique, l'influence de la compression cérébrale d'autant plus importante que ces tumeurs frontales peuvent atteindre un développement considérable sans entraîner la mort (Brüns); qu'avec Klippel, on fasse jouer le rôle principal à l'infection méningée secondaire, cause elle-même de la disparition du réseau d'Exner; qu'avec Maurice Faure, Dupré et Devaux, on mette en avant les lésions cellulaires diffuses dues à la résorption des toxines néoplasiques.

En ce qui concerne notre cas, l'examen histologique n'a pas encore pu être poussé suffisamment loin pour que l'on puisse adopter en toute certitude l'une ou l'autre de ces circonstances pathogéniques; il semble toutefois que la dernière soit plus facilement applicable.

Ces troubles psychiques, présentés par notre malade, en dehors de la torpeur et de la somnolence, ont surtout revêtu une forme dépressive, et à aucun moment, on n'a constaté ce caractère jovial, cette manie de plaisanter, ou ces alternatives de torpeur et de gaieté, souvent signalés par différents auteurs (Jastrowitz, Oppenheim, Brüns); pas davantage ne fut observé le caractère enfantin sur lequel insistait Brissand (*Traité de médecine* 1894), ni le puérilisme psychique relevé notamment dans une observation très détaillée de Dupré et Devaux (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1901), et dans une autre plus récente de Martel et Chatelin (*Société de Neurologie*, 9 janvier 1913). Passagèrement et accessoirement, notre malade a présenté aussi quelques symptômes oniriques et fabula-

toires qui, joints à la désorientation très nette et à la confusion profonde, constituèrent vaguement un syndrome de Korsakoff : on sait que différents auteurs, notamment Keifer et Deroitte, ont insisté sur la fréquence relative de ce syndrome parmi les troubles psychiques des tumeurs cérébrales ; il n'y a pas lieu de s'y arrêter dans notre cas.

Infiniment plus marqué fut chez lui un symptôme d'un ordre tout différent, l'incoordination motrice qui, jointe aux troubles de l'équilibration, réalisa nettement le syndrome ataxie frontale. De celui-ci encore la pathogénie est discutée : il semble maintenant admis qu'il n'est pas spécial aux tumeurs du lobe frontal, mais qu'il est simplement un indice d'hypertension intracrânienne (Vincent, *Revue neurologique*, 28 février 1911), et que son mécanisme résulte d'un trouble labyrinthique, d'où un certain nombre d'épreuves et de signes permettant de le différencier de l'ataxie cérébelleuse. Nous n'avons pu faire ces épreuves chez notre malade ; rappelons seulement qu'il n'avait pas d'hypermétrie, ni de catalepsie cérébelleuses, et que l'adiadococinésie était douteuse.

Enfin, pour terminer, signalons l'apparition et le développement progressif d'une hémiparésie gauche, très légère d'abord, plus nette ensuite, en rapport avec la traînée œdémateuse constatée au cours de l'autopsie, rapprochant ce cas de deux décrits par Brault et Loeper sous le nom de forme psycho-paralytique, fréquente dans les tumeurs frontales situées dans le lobe frontal aux confins de la zone motrice.

Dissociation psychique et échopraxie. Présentation de malade,

par MM. LWOFF et RENÉ TARGOWLA.

La malade que nous vous présentons nous a paru intéressante en raison de son activité imitative assez intense, se manifestant surtout sous forme d'échopraxie.

L'échopraxie est l'imitation automatique des gestes d'autrui, sans intervention de l'intelligence ou de la volonté. Elle a été signalée pour la première fois en 1884

par Armagné y Tisé qui l'appela *mimicisme*, puis par Charcot : *échokinésie*. Pierre Marie l'étudia sous le nom d'*échomatisme* dans le somnambulisme hypnotique; mais on la rencontre surtout chez les aliénés, presque toujours associée à l'écholalie. Morel voyait dans cette « imitation poussée à l'excès » un caractère propre aux dégénérés et Breitman, dans sa thèse (1888), en cite de nombreux exemples. Avec la démence précoce, elle acquiert un regain d'importance : Sérieux et ses élèves, Séglas, Deny et Roy lui accordent la valeur d'un signe, secondaire à la vérité, de cette affection, en particulier de la forme catatonique. Il n'est pas fréquent, en effet, de la rencontrer à l'état presque pur, dominant le tableau clinique, comme chez la malade que nous avons l'honneur de vous montrer.

D'autre part, nous avons employé, pour désigner les symptômes mentaux qu'elle présente, l'expression « dissociation psychique » afin d'éviter le terme de démence précoce chez un sujet de trente-neuf ans, et qui n'est pas dément au sens que nous donnons habituellement en France à ce mot.

R... (Aline), née le 18 janvier 1877, entre à l'asile de Ville-Evrard le 11 mars 1916, venant de Saint-Anne, avec le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, découragement, craintes probables de persécution, impulsions au suicide. Appoint éthylique récent.

« Signé : D^r BRIAND »,

qui indique ce que fut le début de la maladie — sur lequel nous n'avons d'ailleurs aucun autre renseignement.

Dès son entrée, on est frappé par l'attitude de la malade qui se tient raide sur sa chaise, le buste droit, comme soudé, les deux mains sur les genoux. Elle répond aux questions d'une voix blanche, sans inflexion, avec un peu d'hésitation avant de prononcer les mots. Puis on la voit, gardant son attitude gênée, reproduire les gestes qui sont faits devant elle : elle s'appuie le menton dans la main, se frotte le front, le nez. Elle fait vers cette époque une poussée de bacillose pleuro-pulmonaire, et on l'alite. Dans le dortoir se trouve déjà une malade un peu excitée qui ne tarde pas à s'apercevoir des habitudes de sa nouvelle compagne et à les exploiter; elle s'assoit dans son lit, se découvre, jette son oreiller, agite ses draps, se coiffe et se

décoiffée, se lève, s'étend par terre, immédiatement imitée par R.... Celle-ci nous accompagne à la visite, copiant nos gestes, tâtant le pouls des malades, les auscultant, les interrogeant même. Une nuit, voyant les veilleuses faire leur ronde, enveloppées d'une couverture, elle se lève, s'enroule dans son propre couvre-pied et les suit.

Dès qu'elle peut se lever, les mêmes phénomènes se reproduisent avec plus de variété. Au réfectoire, elle ne fait guère de mouvements qui soient spontanés : elle boit en même temps que sa voisine de droite, et tout à coup dépose son verre et se met à manger la viande pour imiter sa voisine de gauche ; elle se sert, parce que quelqu'un vient de se servir, mais ne mange pas parce qu'une malade, en face d'elle, a refusé le plat. Tout cela est effectué de l'air le plus placide, sans le moindre signe d'émotion, quelle qu'elle soit.

Dans la cour, les autres malades s'amuse à elle, la font sauter, s'agenouiller, se tenir sur une jambe, se contorsionner de mille manières. L'une d'elles, aveugle, se promène en se cramponnant au grillage ; elle la suit, imitant sa démarche hésitante, s'accrochant d'une main à la barrière, l'autre étendue en avant. Parfois, elle va s'asseoir sur un banc, à côté d'une hallucinée ou d'une mélancolique dont elle adopte l'attitude et même l'expression qu'elle garde pendant des heures, ne se fatiguant pas plus que son modèle. Elle est capable enfin d'une imitation assez active des jeux de physionomie : elle hoche la tête, ouvre la bouche, rit ou sourit avec son interlocuteur ; elle tousse et éternue en écho. Toute la journée elle suit ainsi quelqu'un, infirmière ou malade, dont elle copie tous les mouvements, ne la quittant pas du regard, se pressant de reproduire, maladroitement, ce qu'elle vient de voir comme si elle craignait de ne pas arriver assez tôt pour imiter le geste suivant. Lorsqu'elle est seule, elle demeure immobile jusqu'à ce qu'elle ait trouvé un guide auquel elle s'attache, choisissant même souvent les malades les plus vives et les plus turbulentes dont elle parodie bizarrement la mimique rapide et changeante. Elle étend son imitation aux animaux : on l'a vue s'allonger à côté d'un chat, s'efforçant de copier sa pose et, quand il s'éloigne, le suivre sur les genoux.

R... reproduit non seulement les gestes, les mouvements que l'on fait devant elle, véritable échokinésie, mais encore les attitudes, les expressions et aussi les sons qu'elle perçoit ; à l'échopraxie s'ajoute, suivant la règle à peu près constante, l'écholalie. Tantôt la malade redit la fin de la phrase qu'elle vient d'entendre :

D. — Voulez-vous un lit ?

R. — un lit.

Tantôt elle reproduit la phrase entière :

D. — Où vous a-t-on envoyée?

R. — Où vous a-t-on envoyée?

Parfois même, en parlant un peu rapidement, on arrive à lui faire répéter une courte conversation. Exemple : un jour qu'elle nous accompagnait au lit d'une malade, nous lui demandons : « Comment la trouvez-vous?

R. — Comment la trouvez-vous?

D. — Qu'est-ce qu'elle a?

R. — Qu'est-ce qu'elle a?

D. — (*Riant*). Mais je vous le demande.

R. — (*Riant*). Mais je vous le demande.

D. — Ah! bien.

R. — Ah! bien. »

Mais ce qui provoque le plus fréquemment l'écho, ce sont les mots isolés, les exclamations : oui, non, très bien.

Il y a donc dans ce cas une sorte de contagion mentale à rebours de celle qu'ont étudiée Vigouroux et Juquelier, puisque c'est la malade qui imite le sujet sain. Il y a, d'ailleurs, plus que de la contagion mentale : « La dissociation des éléments psychiques » permet, dit Dromard (1), que « chaque représentation vivant isolée s'impose brutalement et s'extériorise aussitôt ». C'est qu'en effet, contrairement au malade de R. Leroy et Genil-Perrin (2), R... n'imité pas par ironie, mais inconsciemment, automatiquement, et si parfois elle paraît s'amuser de son échopraxie, c'est qu'elle voit rire autour d'elle, c'est par « contagion ».

L'échomimie et l'écholalie ne sont pas les seules manifestations de suggestibilité que présente cette malade. Le signe de la langue est partiellement positif; on note également la conservation, mais peu accentuée, des attitudes qu'on lui donne ainsi que des faits de ce genre : entendant proposer une purge à sa voisine de lit qui se plaint, d'autre part, d'avoir soif, elle déclare aussitôt qu'elle a soif et qu'il lui faut une purge. Une autre fois, ayant vu faire une piqûre de morphine à une malade, elle va s'étendre sur son lit : « Je vous demande la piqûre de morphine. C'est pour être bien sage. » L'infirmière, voulant se débarrasser d'elle, lui dit de la réclamer à minuit à la veilleuse, — ce qu'elle fit fort ponctuellement et avec insistance, et se plaignit le lendemain qu'elle lui ait été refusée. Un autre jour, on lui demande la date; samedi. — D. : « Bien; et demain? — R. : dimanche. — D. : En êtes-vous sûre? » Elle

(1) Dromard. *Journ. de psychol. norm. et pathol.*, 1905.

(2) Leroy et Genil-Perrin. *Ann. méd. psychol.*, janvier 1913.

hésite un moment, puis répond : non. Il en est de même pour son âge et pour des opérations très simples d'arithmétique, comme 2×2 ou $5 + 5$.

Les autres symptômes catatoniques restent au second plan. Il n'y a pas de stéréotypie bien nette. Le négativisme existe, mais doit être recherché : à peine, de temps à autre, R... refuse-t-elle de répondre à une question, d'obéir à un ordre sans avoir de motif appréciable ; elle réagit peu à la douleur. Une marche rapide, à très petits pas, comme glissée, qu'elle paraît affectionner particulièrement et qui, chez elle, remplace la course, relève du maniérisme, que l'on retrouve aussi dans le langage. Elle a des impulsions, jette à terre ce qui lui tombe sous la main, plus volontiers les objets fragiles, la vaisselle, maltraite le chat du quartier, prend tranquillement, sans se cacher, ce qui ne lui appartient pas et le raconte ensuite avec ingénuité. Ajoutons encore le parler nègre et une légère tendance à la persévération.

De ces perturbations dans la sphère volontaire, peut se rapprocher, chez la malade, l'incapacité de faire un effort intellectuel ; des calculs simples (tels que trouver le prix d'un œuf à trente-six sous la douzaine) ne sont pas effectués ou reçoivent les solutions les plus fantaisistes. Elle ne corrige jamais ses erreurs. Il est assez rare qu'elle émette spontanément quelques idées ; elle suit mal un raisonnement, saute rapidement d'une idée à l'autre ; ses réponses sont tardives, courtes, souvent vagues, quelquefois à côté (symptôme de Ganser). L'utilisation d'un certain nombre de tests permet de se rendre compte que les opérations ne mettant en jeu que la mémoire, automatiques en quelque sorte, sont rapidement effectuées, tandis que celles qui nécessitent un mécanisme intellectuel plus complexe ne sont pas faites ou le sont très mal et difficilement.

L'attention volontaire est donc diminuée ; l'attention spontanée est au contraire intacte, paraît même exaltée. R... s'intéresse à tout, court partout où il se passe quelque chose qui a sollicité son attention d'une façon quelconque : un éclat de voix, un bruit, un mouvement anormal. Dans une salle, elle suit du regard tout ce qui se passe et peut-être faut-il voir dans cette curiosité, dans cette absorption par les phénomènes extérieurs, l'origine de l'échokinésie, la représentation motrice n'étant pas inhibée par les centres supérieurs. Parfois, en effet, on la voit, après avoir paru regarder attentivement les mouvements d'une personne, se diriger vers elle et se mettre à l'imiter.

Elle n'a aucun trouble des perceptions ni de l'identification secondaire, reconnaît les objets dont elle donne une définition exacte, les différencie et en indique l'usage avec précision.

La mémoire est bien conservée. L'instruction de la malade

n'a été poussée que jusqu'au certificat d'études primaires, or elle ne fait pas de faute d'orthographe et a des notions élémentaires assez précises qui montrent, soit dit en passant, que son intelligence était auparavant tout à fait normale. Il n'y a pas de grosse lacune dans ses souvenirs, sauf en ce qui concerne la période de début de son affection, et elle se rappelle tous les événements importants anciens ou récents, d'intérêt personnel ou général, dont elle a eu connaissance. Une courte lecture qu'elle vient de faire est rapidement résumée. Cependant l'évocation est troublée; un nom n'évoque plus dans son esprit un ensemble d'images, mais une ou deux seulement, isolées. Si, par exemple, on lui parle de la bataille de l'Yser, elle répond qu'il y avait beaucoup d'eau; cependant, en lui posant une série de questions, on s'aperçoit qu'elle a sur cet événement des connaissances d'une certaine précision. Les souvenirs peu organisés sont donc incomplètement rappelés; ils existent, mais elle les utilise mal, les associations d'idées sont à la fois ralenties, insuffisantes et mal coordonnées.

R... est lucide. Comme cela se voit souvent chez les catatoniques, elle remarque de petits faits qui semblaient lui avoir échappés : une malade réclame devant elle sa sortie; elle ne paraît pas l'avoir entendue, mais, quelque temps après, avisant un carnet de bons, elle écrit sur l'un des feuillets : *Bon pour la sortie de M^{me} Av...*, (ce fait est en rapport aussi avec sa suggestibilité). Elle sait les noms de toutes les malades, des infirmières, connaît tous les petits potins du quartier. Elle est naturellement fort bien orientée, n'ignore pas qu'elle est à l'asile, séquestrée; elle a même la notion qu'elle est malade. Néanmoins, elle ne s'inquiète pas de sa situation, ne demande jamais sa sortie, — bien qu'elle réclame celle des autres, — se désintéresse de son avenir comme de son passé. Il y a là une dissociation remarquable entre cette lucidité normale pour ainsi dire, et la conscience incomplète qu'elle a de son état, l'indifférence absolue pour tout ce qui la touche. Elle ne juge pas sa situation. Elle parle objectivement de son existence antérieure, de sa famille, de son ami. Ce sont de purs souvenirs, des états uniquement intellectuels, paraissant aujourd'hui entièrement dépourvus d'émotion. On lui dit : « Supposez que nous venions vous annoncer la mort de votre père »; elle répond, après avoir songé un moment et sur un ton parfaitement calme : « J'aurais beaucoup de chagrin; il me semble que je pleurerais beaucoup. » Puis, après quelques instants, elle ajoute : « C'est vrai, s'il mourait; c'est curieux. Qu'est-ce que je deviendrais? Il a beaucoup de papiers, des titres. S'il me les laissait, je me marierais avec quelqu'un de bien plus riche..... Non, au fait, je ne me marierais pas, car tout l'argent serait mangé... »

Elle écrit à son père dans l'espoir, dit-elle, de recevoir de l'argent. Au reçu de la réponse, elle déclare qu'elle n'écrira plus, « ce n'est pas la peine, il n'envoie rien. Quand il n'y a pas d'argent, ce n'est que du papier à brûler. S'il avait envoyé dix francs, j'aurais acheté pour dix francs de chocolat et de confitures, et tout le monde en aurait mangé. »

Il y a là, à côté de son indifférence pour les siens, sa vie passée, un curieux sentiment d'altruisme qu'on ne s'attendrait guère à trouver chez une telle malade. Elle nous conjure de guérir toutes les malades, car « elle n'aime pas voir souffrir ni entendre geindre ». Elle veut être à Paris pour la fin de la guerre : « Il y aura une grande fête, tout le monde sera d'accord ; plus de batailles, plus de douleurs, rien que la joie et le bonheur pour tout le monde. » A maintes reprises, elle exprime ainsi, sous des formes diverses, son désir de voir heureuses ses compagnes de l'asile et son amour du genre humain. Elle est patriote, et d'une façon très délicate : « C'est bizarre, dit-elle, quand nous l'interrogeons sur la guerre, on ne peut pas croire qu'il y ait des ennemis de la France. » Mais cette lueur s'éteint vite et, poussée un peu sur ce terrain, par une sorte de réaction négativiste, elle crie : « Vivent les Boches ! » et nous regarde en riant. On retrouve ici cette tendance à l'ironie, si marquée chez le malade de Leroy et Genil-Perin.

Il est intéressant de noter encore chez cette malade une sorte de désir de perfection fréquemment exprimé ; elle est coquette, gourmande, bavarde, se trouve si imparfaite et « voudrait être parfaite pour plaire à tout le monde ». Elle prie qu'on la guérisse de tous ses défauts. Plusieurs fois, elle a exprimé le remords de sa vie passée ; elle écrit à son père : « Pourquoi ne pas vous avoir écouté au lieu de gaspiller ma jeunesse, n'avoir jamais atteint le bonheur ? Ne m'accusez plus d'indifférence, je suis bien changée, maintenant, et dites-moi si j'ai le droit de vivre une vie saine et honorable, afin de rendre tout le monde heureux autour de moi. »

Ces idées se représentent fréquemment, avec monotonie, et portent l'empreinte du maniérisme et d'un véritable puérilisme mental chez la malade. Elles sont vides de tout contenu émotionnel, débitées le plus souvent d'une voix tranquille et indifférente, et oubliées l'instant d'après ; parfois, cependant, il semble qu'on y perçoive un véritable désir, une émotion fugace, mais réelle.

Elle écrit à sa famille : « J'ai bien souffert ; ne me laissez pas, venez me voir. Ce sera pour moi une grande joie. » En outre, elle paraît capable de reconnaissance : elle refuse de changer de dortoir, ne veut pas quitter l'infirmière « qui l'a si bien soignée et à qui elle doit la vie ». Forcée de partir quand

même, elle lui promet de revenir la voir tous les jours et de lui apporter des gâteaux, et tient parole.

Bien que nous ayons un peu insisté sur ces faits, ils ne sont qu'épisodiques, apparaissant comme des flots de sentiments sains dans l'indifférence habituelle de R... Quelle est même leur valeur affective? Que contiennent-ils d'émotion réelle? Il est difficile de le dire, mais peu, sans nul doute. Quoi qu'il en soit, ils prouvent que l'affectivité n'est pas entièrement détruite; par moments même, nous l'avons vu, la durée d'un éclair, on croit saisir l'ancienne personnalité de la malade. Peut-être n'y a-t-il là qu'une éclipse.

Au point de vue somatique, on note une légère inégalité pupillaire en faveur du côté droit, un battement fréquent des paupières, un réflexe oculo-cardiaque exagéré et des réflexes tendineux normaux; toutefois, le membre a tendance à rester en extension après la percussion du tendon. Ajoutons que la malade n'est plus réglée et qu'elle a eu, à son arrivée, une pleurésie sèche avec fièvre assez élevée, respiration saccadée au sommet droit, quelques sibilances disséminées, de l'hypotension artérielle (12 6 au Pachon), des sueurs nocturnes, pas d'inappétence malgré l'hyperthermie, etc. Ce processus tuberculeux a été extrêmement bénin. Notons que l'association de la bacillose à la catatonie et à la démence précoce en général, a été fréquemment observée.

En résumé, il existe chez ce sujet une double lésion psychique: 1° une altération de la volonté, marquée par la suggestibilité extrême, l'impossibilité de faire un effort intellectuel, de coordonner ses idées ou ses souvenirs. Il manque, dans le processus volitionnel, le choix, la détermination et par conséquent la décision, c'est-à-dire les éléments propres à la volonté; il n'y a plus d'intermédiaire entre la perception sensitivo-sensorielle et l'acte;

2° Une altération de l'affectivité qui semble avoir respecté les sentiments les plus délicats, les moins « fixés », et atteint surtout l'égoïsme, contrairement à ce qu'on voit généralement dans les démences. Chez cette malade, les souvenirs ne s'accompagnent plus des modifications vaso-motrices, affectives auxquelles ils devaient leur ton émotionnel.

Au point de vue intellectuel, nous avons noté qu'elle est devenue incapable de réflexion; son intelligence, qui persiste, ne peut plus se manifester spontanément.

Il se produit, en somme, chez notre malade, une activité passagère, sporadique, dans les divers coins de sa personnalité qui surgissent brusquement de l'ombre pour y retomber l'instant d'après ; les différents modes de l'activité psychique se manifestent isolément, quelque fois sans mobile saisissable, donnant ainsi l'impression d'une désagrégation de cette personnalité, d'une dissociation psychique.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — Ce cas est très intéressant ; mais on rencontre dans les hôpitaux nombre de débiles qui présentent les mêmes phénomènes. Ces malades vont souvent au devant de ce que recherche le clinicien lorsqu'il interroge les réflexes.

M. LWOFF. — Notre malade présente de plus en plus de la dissociation psychique, mais il n'y a rien de démentiel chez elle.

De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre,

par MM. C. NORDMAN et J. BONHOMME,
Aides-majors.

Nous avons publié, dans le numéro du 9 mai 1916 du *Progrès médical*, un article sur les indisciplinés en temps de guerre. Nous revenons aujourd'hui sur le sujet parce qu'il nous paraît de plus en plus urgent pour l'armée de récupérer le plus possible de forces perdues. Il est bon, croyons-nous, que la Société médico-psychologique se préoccupe de la question, la discute et ait besoin émette un vœu ayant pour but de tâcher de modifier l'état de choses actuel.

Indiscutablement, de l'aveu de tous, les fortes têtes arrivent assez aisément à se faire évacuer sur l'arrière. Les chefs, en présence d'un indiscipliné — ou bien demandent des sanctions souvent trop sévères qui, prises maintes fois sans examen médical, éliminent définitivement de l'armée des sujets utilisables — ou bien font évacuer des sujets gênants pour la discipline et peu maniables.

Il est non moins certain que beaucoup de médecins de régiments — peu familiarisés avec la psychiatrie — évacuent très aisément des sujets dits nerveux. Disons d'ailleurs, à la décharge de chacun, que ces indisciplinés sont en effet fort souvent peu capables de subir la commune mesure. Combien d'instables, parmi eux, qui ne se prêtent pas à l'immobilité prolongée des tranchées! Combien d'irritables qu'il ne faut pas heurter de front!

Quoi qu'il en soit, tout indiscipliné évacué une première fois est à peu près perdu pour l'armée. Si on le laisse au dépôt — après sa sortie de l'hôpital — on connaît l'influence déplorable qu'aura sur lui la vie de caserne, la facilité avec laquelle il s'alcoolisera et se débanchera.

Si on le renvoie à l'avant, les mêmes difficultés qu'au premier séjour se présenteront vis-à-vis de ce soldat taré et peu maniable. D'ailleurs, pratiquement, on exclut vite — pour peu qu'il s'y prête surtout — au premier malaise réel ou allégué un « loufoque » qui a déjà passé dans un service psychiatrique.

Et pourtant, le corps des Joyeux vient prouver, jusqu'à l'évidence, que les indisciplinés sont utilisables dans certaines conditions :

1° Il faut créer, sur le modèle des Bataillons d'Afrique, des bataillons spéciaux, annexés de préférence aux régiments coloniaux. Ces formations ne séjourneront jamais dans les villes, ne stationneront pas longtemps dans les tranchées. On les réservera pour les coups de chien, et d'audace.

2° Les chefs seront recrutés de préférence dans la légion étrangère et seront ainsi habitués à manier les fortes têtes.

3° Les médecins seront autant que possible des médecins coloniaux ou des neuropsychiatres, plus aptes que d'autres à dépister l'exagération, la simulation ou en sens contraire la maladie véritable.

4° Ne devront être versés dans ces bataillons que des hommes ayant subi préalablement un examen psychiatrique sérieux, les vrais malades devant être éliminés.

5° Chaque soldat devra avoir une fiche médicale individuelle relatant exactement : histoire pathologique, diagnostics portés, tentatives de simulations antérieures,

Cette fiche permettra de se rendre immédiatement compte de la mentalité du sujet et facilitera grandement la tâche — difficile — du médecin de bataillon.

La fiche individuelle, pour ne pas être perdue, devra être annexée au livret matricule.

De toutes façons, la création de bataillons d'indisciplinés semble s'imposer. Elle permettra de dégorger les hôpitaux, où ils sèment le mauvais esprit, de sujets qui échouent à l'hôpital après avoir été rejetés par le commandement. Elle fera récupérer et utiliser des soldats dont la valeur combative n'est pas douteuse.

Ainsi la sélection de par les lois de la guerre, ne se fera pas uniquement par le haut, au grand détriment de la société de demain, tous devant contribuer, dans la mesure de leurs moyens, à la défense commune de la patrie.

DISCUSSION

M. COLIN demande quelle sera l'organisation de ces bataillons. Il a eu dans son service des sujets qui ont été envoyés dans des régiments. Pour d'autres il a été impossible de les conserver sur le front, ils ne voulaient se soumettre à aucune discipline. Ces sujets-là sont dangereux, ils sont capables de désertir, ou de trahir, ou de tirer sur leurs supérieurs. Il faut des conditions toutes spéciales pour pouvoir les utiliser.

M. NORDMAN. — La question est en effet difficile ; mais cependant il faudrait étudier une organisation.

M. COLIN. — Il y a aussi une autre catégorie de sujets. Des débiles à mauvais instincts qui ont des crises délirantes. C'est une autre question. Il y a aussi les épileptiques.

M. PACTET. — J'ai remarqué qu'on renvoyait souvent des soldats du front dans les hôpitaux sans chercher leur meilleure utilisation. J'ai observé à Toul des individus ayant des habitudes d'intempérance qui, à la moindre extravagance, étaient envoyés à l'hôpital. A propos des épileptiques, ceux à attaques rares pourraient être utilisés à certaines besognes dans un hôpital au lieu d'être réformés de suite. Il serait peut-être possible de trouver une meilleure utilisation des individus dont on dispose dans l'armée.

M. LWOFF. — J'ai examiné un débile mental qui simulait la surdité, j'avais conclu à ce qu'il fût utilisé à l'arrière; mais il fut simplement réformé. D'autre part j'avais demandé trois mois de repos pour des mélancoliques qui furent renvoyés au bout de quinze jours.

M. TRÉNEL. — Dans mon secteur nous sommes au voisinage d'une section de condamnés de droit commun. Ces hommes sont sans armes et placés dans un enclos spécial, on les envoie poser des fils de fer barbelés. Qu'est-ce qu'on en fera en cas d'attaque? Je crois qu'ils constituent un grave danger pour l'entonnage. Une solution serait de les envoyer dans l'armée d'Afrique. Cette section de condamnés est un danger pour le secteur.

M. JEAN PHILIPPE. — Peut-on obtenir un classement permettant de mettre à part les utilisables et les non-utilisables? Ce classement est-il possible? Ce qui est possible en temps de paix peut-il l'être en temps de guerre?

M. NORDMAN. — Ce classement est difficile à faire d'emblée, mais on pourrait rectifier le classement après coup; avoir ce classement en deux échelons. Il faudrait la collaboration constante du Commandement et du Corps médical.

M. COLIN. — C'est une question d'espèce. Il y a des sujets qui demandent à aller au front, d'autres qui refusent obstinément. Il serait intéressant de laisser la question à l'ordre du jour.

La proposition de M. Colin est adoptée et la question de l'*utilisation des indisciplinés en temps de guerre* maintenue à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Psychose post-typhique chez un adulte avec évolution probable vers la démence précoce. Présentation du malade,

par M. CHARLES NORDMAN.

Si tout le monde est actuellement d'accord pour récuser l'opinion de Lasègue, qui affirmait qu'on sort toujours diminué intellectuellement d'une fièvre typhoïde, on n'est pas encore prêt de s'entendre sur la fréquence des psychoses post-typhiques. Les médecins ne suivent

pas toujours assez leurs typhiques convalescents et les considèrent souvent trop vite comme guéris sans séquelles. Les aliénistes ont des renseignements tardifs, sont maintes fois induits en erreur par les familles qui préfèrent invoquer une fièvre magueuse plus ou moins authentique qu'une tare héréditaire.

Pour pouvoir incriminer la fièvre typhoïde dans une psychose, il est nécessaire qu'il y ait un rapport de continuité assez précis entre les deux affections. « La folie, dit Rongé (*Annales médico-psychologiques*, 1907), peut être attribuée à la fièvre typhoïde quand elle apparaît peu de temps après cette maladie, quoique le sujet ait repris pendant ce temps l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Passé une période que je fixe arbitrairement à six mois, un an au plus, la fièvre typhoïde ne me paraît plus capable de provoquer des troubles vésaniques. » Il nous semble même, d'après les cas que nous avons pu observer, que dans les psychoses post-typhiques dites non immédiates, on ne trouve même pas un intervalle libre d'aussi longue durée. Les signes de déficit intellectuel se constituent lentement, progressivement. Ils peuvent passer d'abord inaperçus à un œil non prévenu, mais ne tardent pas à éclater. Il nous semble aussi qu'il ne faut faire jouer à la fièvre typhoïde qu'un rôle occasionnel toutes les fois que le retour intellectuel *ad integrum* s'est fait après la dothiéntérie, toutes les fois qu'on a vu se dissiper graduellement l'amnésie, l'obtusité intellectuelle du déclin et de la convalescence. Notre malade fut considéré comme guéri, renvoyé à son corps, et pourtant des signes sérieux ne tardèrent pas à éclater peu après sa pseudo-guérison. Voici son histoire résumée :

Antécédents héréditaires et personnels. — M. Edmond, vingt-neuf ans, boucher, a ses parents en pays envahi, se portant bien, avant la guerre tout au moins. Une tante est folle, une sœur mélancolique. Un enfant est mort, difforme, à la naissance. Personnellement, il a eu, à l'âge de huit ans, des convulsions ayant duré plusieurs jours. Il nie l'alcoolisme et la syphilis. Il a fait trois ans de service militaire sans maladie ni punition. Son commerce prospérait bien avant les hostilités. Il était un peu irritable, mais non emporté, froid en af-

faïres. Il fait campagne dès le début, prend part à la bataille de la Marne, à La-Fère-Champenoise, n'est pas blessé, mais est évacué, le 10 octobre 1914, pour fièvre typhoïde.

Histoire pathologique. — Cette dothiéntérie, soignée à l'hôpital d'Epernay, fut grave. Le délire aurait été intense, se serait prolongé pendant la période de déclin. Aussi lui accorde-t-on trois mois de convalescence qu'il passe à Paris chez sa tante. Il se montre bizarre et irritable. Un jour, au reçu de mauvaises nouvelles, il veut aller étrangler des voisins, d'origine allemande. Une autre fois, il part brusquement, sans prévenir personne, à Dunkerque, où était alors sa femme, se montre préoccupé, agité, indifférent, rentre brusquement à Paris, non sans avoir perdu tous ses papiers.

En février 1915, il retourne au front, commet des excentricités, est évacué bien vite à Tarascon. Il rejoint son dépôt en avril, mais est envoyé, le 18 mai, à l'hôpital de Rennes pour érythème. Il sort, le 15 juin, du dépôt de convalescents d'Hédé avec quinze jours de prison. Ayant été chargé de tirer le canon à la fin d'une procession, il fait partir la détonation trop vite et, devant l'affolement général, se sauve comme un fou à travers champs.

Le 11 août, il est interné à Rennes, après avoir enlevé le chapeau d'un prêtre, qu'il ne connaissait pas, dans la rue. Libéré le 12 septembre, sans troubles constatés. porte le certificat, il est envoyé chez lui en convalescence de deux mois. Le 10 décembre 1915, il est de nouveau hospitalisé à Rennes à cause de ses céphalées. Le Dr Chiray l'examine, le 14 janvier, et décide son envoi dans un service psychiatrique. M... est envoyé, le 18 février 1916, au Val-de-Grâce, le 20 février, à l'hôpital de Maison-Blanche, où il est resté depuis lors.

Troubles constatés dans le service. — Depuis qu'il est dans notre formation, M... a présenté des changements d'humeur considérables. A certains moments, il est triste, préoccupé, se tient de longues heures immobile la tête entre les mains, les yeux dans le vague, se contentant de répondre quand on l'interroge : « J'ai le cafard, ça ne va pas. » A d'autres moments, il paraît joyeux, rit impulsivement, et interrogé à ce sujet, dit :

Je crois que ça va aller. Ou bien il s'agite, chante, fait de grands gestes désordonnés.

Il est d'une irritabilité extrême, se met certains jours en des colères épouvantables pour des motifs futiles. Il prétend n'être pas maître de ses nerfs et avoir toujours peur de se livrer à des voies de fait. La déséquilibration motrice se traduit souvent sous forme de besoin subit de mouvements. Il quitte brusquement une partie de cartes, le repas, le travail d'intérieur, auquel il se prête quelquefois, pour courir faire des gestes incohérents. Au cours d'une permission, il a fait une fugue suivie d'amnésie complète. Mais peut-être est-il intervenu ce jour-là un appoint éthylique. Nous aimons mieux ne pas faire état de ce fait.

Sa mémoire semble assez touchée. Non seulement il ne se rappelle que vaguement tous les actes délictueux commis par lui, mais encore il est obligé d'inscrire sur un calepin tout ce qu'il veut se rappeler. Les événements actuels sont peu précis dans sa mémoire, les faits anciens mieux conservés. Il existe une indifférence émotive assez accentuée, que nous avons pu constater à l'arrivée de sa femme ou de sa tante. Il cause peu, ne s'intéresse à rien, répond souvent à côté de la question, n'a plus de conversation, disent les siens. Le calcul écrit est correct, le calcul oral difficile. L'indifférence sexuelle est complète, prétend sa femme.

Le malade se plaint souvent de sa tête. « Je la sens bloquée, dit-il, traversée. Je ne peux penser. » La céphalée est surtout frontale et dure quelquefois plusieurs heures sans s'accompagner jamais de fièvre. Mais M... ne parle de ses douleurs que si on l'interpelle. Il ne se plaint jamais spontanément. Il se rend compte de sa diminution intellectuelle et nous dit souvent : « Je ne suis plus le même. Autrefois, j'étais calme, je pouvais penser. » L'examen viscéral et somatique est négatif.

Au total, nous constatons chez notre malade : au premier plan, de la déséquilibration motrice se traduisant par des bouffées d'agitation, des impulsions, des fugues, du rire impulsif. Ensuite du déficit intellectuel global avec changements brusques et immotivés d'humeur, diminution de la mémoire, de l'affectivité, de l'activité mentale.

Quel diagnostic pouvons-nous porter pour M...? Nous éliminerons d'abord la simulation à laquelle nous avons pu penser tout d'abord, notre mise en observation ayant duré plus de trois mois avec surveillance constante du personnel infirmier et même des malades. Nous ne pouvons parler de psychose postonirique. L'onirisme ne fut pas évident et il n'y eut pas une succession directe et immédiate avec l'onirisme.

S'agit-il de déficit intellectuel par lésions d'encéphalite banale s'étant constituées lentement et insidieusement; ainsi qu'il arrive assez souvent dans la fièvre typhoïde? Il n'est pas impossible; notre observation n'apporte peut-être qu'une contribution à l'histoire des séquelles encéphaliques de la dothiéntérie. Mais nous croyons plutôt à une démence précoce débutante, en raison : de l'indifférence émotive de notre sujet, de la mobilité extrême de son caractère et de son humeur, de ses accès d'automatisme ambulatorio, de ses impulsions, de ses actes délictueux et excentriques, de ses migraines enfin à paroxysmes si douloureux. L'avenir seul permettra de régler définitivement la question du diagnostic et du pronostic.

En tout cas, la fièvre typhoïde est une des maladies infectieuses qu'on trouve le plus souvent à la base de la démence précoce. Quand elle se rencontre, elle a généralement été grave, s'est accompagnée de symptômes encéphaliques durables, ainsi que chez notre sujet.

Le délire de la période de début de la fièvre typhoïde n'offre pas la même gravité que celui de la période d'état ou de déclin. Au début, il est la règle, ne comporte pas de gravité, à moins qu'il ne se prolonge anormalement pendant toute l'évolution de la maladie.

Un syndrome confusionnel tardif, par contre, doit faire réserver le pronostic, qu'il y ait ou non participation méningée.

Notons encore que M... a une hérédité assez chargée. Il a eu en outre des convulsions à l'âge de huit ans, donc, vraisemblablement, une lésion encéphalique légère de l'enfance. Celle-ci a dû jouer un rôle de rappel à l'occasion d'une infection aussi grave et aussi diffuse que la fièvre typhoïde.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — La ponction lombaire a-t-elle été faite?

M. NORDMAN. — Non.

M. DUPRÉ. — Ce cas est très intéressant pour l'étude des psychopathies infectieuses post-typhiques. Les troubles mentaux de ce malade sont polymorphes; il semble diminué dans quelques-unes de ces facultés. C'est une variété d'état démentiel, de trouble méningo-cortical, mais qui n'a pas de rapport avec ce qu'on appelle si confusément la démence précoce. C'est une séquelle toxi-infectieuse.

Stérotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique avec représentation mentale professionnelle de l'ouïe consécutives aux émotions du champ de bataille,

PAR MM.

LAIGNEL-LAVASTINE et P. COURBON,

Médecin-major de 2^e classe, chef Aide-major de 1^{re} classe, assistant

du Centre des psychonévroses du gouvernement militaire de Paris.

Le cas du malade dont nous rapportons l'histoire est intéressant, parce qu'il est relativement rare dans la pathologie des émotions.

On y constate, à un an d'éloignement du traumatisme émotionnant, la reviviscence plus ou moins transitoire et fréquente de quelques-uns des actes accomplis lors de la scène émouvante.

En outre, notre sujet a constamment dans les oreilles, depuis cette époque, le bruit nettement différencié qui était le signal commandant en temps de paix à toute son activité professionnelle.

OBSERVATION. — Le sergent M... (Gaston), âgé de vingt-quatre ans, travaillait avant la guerre dans les grands hôtels de Paris depuis l'âge de treize ans et demi, d'abord comme groom, puis comme chasseur.

Parti sur le front dès le premier mois de la guerre, il fut évacué, le 24 avril 1915, à la suite de blessures légères reçues au cours d'un combat où sa bravoure lui valut la croix de guerre.

Il conduisit les débris de sa section, décimée la veille par l'explosion d'une mine, à l'assaut de la tranchée ennemie. Il arriva le premier en se défilant au-dessus de la tranchée allemande, où il se trouva en face de trois adversaires, dont il essuya le feu et qu'il abattit. A ce moment, l'ennemi fit pleuvoir des grenades asphyxiantes sur les assaillants. Le sergent sentait à la gorge la cuisson des gaz; et, tout en cherchant à se mettre hors de leur portée, faisait des efforts violents d'expiration, pour chasser les vapeurs qui avaient pénétré dans sa poitrine. Sa marche était interrompue par la chute des grenades, qu'il voyait tomber autour de lui et dont il attendait, immobile, la déflagration; replié sur lui-même, les bras tendus devant son visage pour le protéger. Une explosion le jeta à terre et fit décharger près de ses oreilles le revolver que son lieutenant, blessé, venait de lui confier. Il se releva et, voyant que ses soldats s'étaient emparés de la tranchée ennemie, regagna tant bien que mal les lignes françaises, où il réclama des renforts et fit avec animation le récit du succès.

Il constata alors qu'il était sourd et se rappela les blessures de la jambe gauche reçues dans la mêlée, mais qu'il avait oubliées dans le feu de l'action.

Il fut évacué à l'arrière où ses blessures guérirent rapidement, mais où il fut maintenu à cause de l'apparition des symptômes psycho-sensoriels et moteurs suivants.

Il souffrait de la tête, avait une sensation de barrage derrière le front, ne pouvait pas penser librement, ni lire, ni écrire, et se sentait très fatigué. Ces troubles se dissipèrent en quelques mois, mais reviennent encore par intermittence.

Il resta sourd durant quinze jours environ, au bout desquels l'ouïe revint spontanément, mais jointe aux sensations que voici : il entend constamment une sonnerie électrique, qu'en raison de son intensité et de sa continuité, il compare à la sonnerie d'un cinématographe appelant les spectateurs à la représentation. Le son, né dans l'oreille même, lui semble s'écouler au dehors sous forme de sifflement. Cette sensation auditive, qui avait été précédée de bourdonnements d'oreille, s'accompagne de la sensation intermittente de bruits analogues à ceux d'un triangle musical ou d'un jet de vapeur. Le malade déclare que cette sonnerie siège dans sa tête et fonctionne sans interruption pendant qu'il veille, mais les distractions et les occupations en atténuent considérablement la perception. Au contraire, l'oisiveté en exagère l'intensité. Il en est de même de l'assoupissement qui précède le sommeil; le malade en est gêné pour s'endormir. Mais une fois que le sommeil est venu, le sujet n'entend plus rien, si ce n'est parfois les bruits de la bataille, où ses rêves le ramènent souvent.

Un certificat de M. Bourgeois, qui soigna le malade pendant plusieurs mois, daté du 20 août 1915, est ainsi libellé : « Commotion labyrinthique. Audition revenue. »

Deux mois et demi environ après son évacuation, alors que les maux de tête et les phénomènes psychiques auxquels il donne le nom de barrage de pensée, commençaient à disparaître, M... fut pris d'un tremblement général, surtout céphalique, qui n'eut pas grande durée et qu'il appelle danse de Saint-Guy.

Puis, sa marche présenta les modifications ci-après, qui durèrent plusieurs semaines et réapparaissent parfois encore d'une façon fugace.

Au bout de quelques pas normaux, ses jambes se pliaient et il ne pouvait continuer à avancer qu'en conservant l'attitude accroupie d'un homme qui dissimule sa taille. Un repos de quelques minutes lui redonnait l'usage régulier de ses membres inférieurs ; mais les mêmes troubles se reproduisaient à chaque nouvelle tentative. Pour y remédier, il fut obligé de se servir de deux cannes. Actuellement, sa marche est normale, mais parfois il reprend malgré lui, pour quelques minutes, cette progression courbée.

Il lui arrive aussi, sous l'influence d'une émotion, d'un souvenir émouvant ou sans qu'il sache pourquoi, de s'arrêter net et de tomber en garde malgré lui, le tronc incliné et les bras devant la figure. Cette immobilisation ne dure qu'un instant et il reprend sa marche normale à la grande stupéfaction des assistants.

A peu près à l'époque où ces anomalies ambulatoires commençaient à disparaître, naissent les mouvements du visage et la gesticulation qui, à l'heure actuelle, dominant la scène.

Lorsqu'il parle à une personne étrangère ou si on l'interrompt brusquement, son regard s'arrête ; après quelques contractions énergiques des frontaux et des sourciliers, ses paupières restent largement écartées, les yeux fixes, ce qui donne au masque l'expression de la surprise. Cet aspect ne dure que quelques secondes, mais se reproduit souvent.

En même temps ou quelquefois d'une façon indépendante, la bouche s'ouvre largement et reste ainsi pendant un long instant. M... semble exécuter avec peine une expiration forcée, rappelant l'effort du poisson qui perd l'eau.

La production de ce phénomène pendant la conversation suspend les paroles de M... et, par un mouvement d'impatience de se voir ainsi dans l'impossibilité d'exprimer ce qu'il veut dire, il frappe du poing la table ou du pied le sol. Cette gesticulation intempestive et cette mimique bizarre provoquent l'hilarité des spectateurs, et c'est pour les faire disparaître qu'il fut envoyé à notre hôpital.

I. — Les traits essentiels de l'observation précédente sont les suivants.

A la suite d'un combat où il éprouva un maximum d'émotion et un minimum de commotion, un soldat présenta, pendant quelques semaines, un état de dépression psycho-physique caractérisé par de la fatigue, des céphalées, de la dyspsychie et de la surdité.

Cet état se dissipa peu à peu. La surdité disparut en quelques jours, mais fut remplacée par l'impression d'une sonnerie électrique perpétuellement en action.

Une fois que l'équilibre mental et physique fut à peu près rétabli, on vit apparaître d'une façon arbitraire et irrégulière, mais sans retentissement psychique, des anomalies de l'attitude et des mouvements qui rappellent pour la plupart certains des gestes accomplis pendant le combat.

Brusquement, jambes et tronc fléchissent et la marche pendant quelques minutes devient accroupie, ou mieux « défilée », au sens militaire du terme. L'homme a l'air d'avancer en se cachant comme l'on fait dans les tranchées pour ne pas exposer sa tête aux créneaux. D'autres fois il s'arrête net, le corps ramassé, les bras protégeant le visage, comme il se replie sur le champ de bataille pour attendre l'explosion des grenades tombées à ses côtés.

A d'autres moments son regard s'immobilise, les yeux fixes, les sourcils froncés, avec l'expression de l'attention intense qu'il devait avoir en fixant les trois Allemands dont il essuya le feu et qu'il abattit en arrivant seul au bord de leur tranchée. Ou bien c'est une expiration forcée qui lui maintient, pendant plusieurs secondes, la bouche grande ouverte, comme lorsqu'il s'efforçait de vider ses poumons des gaz asphyxiants qui les avaient remplis.

Comme conséquence de l'énervement du sujet devant son impuissance à vaincre l'arrêt imposé à son discours par l'immobilisation de ses mâchoires écartées, il décrit dans l'espace des gestes d'impatience : coups de poing sur la table, coups de talon sur le sol.

Les faits intéressants de cette observation sont donc, d'une part, des mouvements anormaux, et, d'autre part, un phénomène psycho-sensoriel auditif.

II. — Ces mouvements anormaux ont entre eux la communauté d'attributs suivante. Ils sont involontaires, et souvent conscients ; bien coordonnés, sans utilité actuelle, mais eurent jadis leur raison d'être. Ces caractères limitent la discussion entre les tics et les stéréotypies.

Ces contractions musculaires, non convulsives, de durée et de forme normales, non précédées d'angoisse, ni suivies de soulagement, ne sont pas des tics.

Ce sont des *stéréotypies par automatisme secondaire*, c'est-à-dire que ces gestes, ces attitudes, sans signification, sans correspondance idéo-affective actuelles, furent adaptés autrefois à des circonstances maintenant disparues.

III. — Quant à l'impression de crépitement d'une sonnerie électrique, sa classification nosographique est plus discutable.

De prime abord, en s'en tenant à la définition de Ball : l'hallucination est une perception sans objet, on pourrait la considérer comme une hallucination.

Toutefois il lui manque le caractère d'extériorité que la majorité des auteurs exige de l'hallucination. Le malade dit que la source sonore même paraît siéger dans sa tête. La sonnerie, au lieu de partir du dehors pour venir atteindre son tympan, lui semble au contraire naître dans ses oreilles et s'enfuir extérieurement. Les sifflements de jets de vapeur, qu'il ressent aussi, lui font l'effet d'être la transformation du tintement électrique à son débouché du conduit auditif dans le milieu extérieur.

La genèse du phénomène est donc celle-ci : la commotion labyrinthique, dont un certificat de M. Bourgeois, otologiste des hôpitaux de Paris, en date du 20 août 1915, affirme l'existence, a produit comme elle le fait toujours des sons bruts plus ou moins élémentaires. Mais le malade les a interprétés dans le sens du bruit nettement différencié que pendant des années sa profession l'avait habitué à percevoir.

Ce cas est à rapprocher de ceux que le professeur Gilbert Ballet (1) signalait il y a un an chez les com-

(1) *Société de Neurologie*, juillet 1915. Bourdonnements et

motionnés de la guerre et qu'il considérait comme une conséquence sur l'ouïe d'une représentation mentale obsédante du sujet. Mais elle s'en distingue par l'élément même qui est à la base de sa formation.

Les malades de notre regretté maître continuaient à entendre les bruits de la bataille (roulements de tambour, sonnerie de fifres, détonation) et c'est par conséquent l'intensité des perceptions émotionnantes qui avait fourni la matière du trouble sensoriel. Au contraire, c'est la répétition d'une perception professionnelle normale qui donna la formule du trouble auditif de notre malade.

Il entend constamment une sonnerie électrique, parce que, depuis l'âge de treize ans et demi jusqu'à son départ au régiment, un timbre électrique retentissait des centaines de fois par jour à ses oreilles, et commandait toute sa conduite.

Au total nous avons affaire ici à un de ces phénomènes décrits par Kandinsky sous le nom de pseudo-hallucinations, consistant d'après la définition de Régis en « représentations mentales vives, animées, sensorielles, se rapprochent de l'hallucination vraie, mais n'en ayant pas le caractère pathognomonique d'extériorité ». C'est, pourrait-on dire, une *hallucination représentative* de l'ouïe ou mieux une *représentation mentale auditive*.

IV. — Stéréotypies de la marche, de l'attitude, de la mimique, aussi bien que représentation mentale professionnelle de l'ouïe, tous ces phénomènes n'ont d'autre origine qu'une origine émotionnelle de guerre. En effet, l'analyse des conditions mêmes du combat à la suite duquel le sergent dut être évacué prouvent que la commotion, dont on sait que l'association avec l'émotion est presque indissoluble dans la guerre moderne, y fut relativement insignifiante. Il n'y eut aucune intervention d'artillerie; le combattant ne reçut que des éraflures, il conserva toujours l'usage de ses membres, de ses sens et de son intelligence. L'ébranlement physique se borna à des détonations de grenades et à une

ébauche de suffocation, dont nous avons signalé le rôle dans le déterminisme de la stéréotypie de l'expiration forcée.

Le fait que des mouvements exécutés, on des attitudes prises par un sujet violemment ému, puis-
sent réapparaître longtemps après et sans cause appréciable dans la vie de l'individu, qui a recouvré à peu près complètement son équilibre mental et physique, peut surprendre tout d'abord. Mais le mécanisme s'en éclaire à la lueur des travaux de Ribot (1) et de ses élèves sur la mémoire organique.

On sait avec quelle ténacité certains événements ému-
vants, disparus depuis longtemps, reviennent s'imposer à la conscience d'une façon plus ou moins fragmentaire, sous forme de réminiscences involontaires. Les stéréotypies post-émotionnelles de notre malade ne sont au fond que des réminiscences organiques qui viennent se faire jour dans la motricité.

De même la représentation mentale professionnelle du crépitement d'une sonnerie électrique n'est que la réminiscence chronique d'une perception qui eut jadis son objet. Cette perception avait alors une importance capitale pour notre sujet, car l'habileté à saisir le moindre appel électrique est une des qualités les plus appréciées chez un chasseur d'hôtel, et partant, l'une de celles qui lui sont le plus utiles. Cette perception avait donc dû s'agréger plus ou moins consciemment tout le cortège émotionnel que peut s'attacher un acte de la bonne exécution duquel dépend l'avenir professionnel de l'individu.

Le traumatisme émuissant du combat ne put avoir une action directe que sur ces éléments émotionnels qui, pendant des années, avaient été les concomitants habituels de la perception produite par les vraies sonneries électriques des hôtels. Mais l'ébranlement qu'il détermina sur eux, tout en leur donnant une reviviscence, réveilla aussi à la faveur des sons bruts engendrés par la commotion, le phénomène sensoriel qui

(1) Voir surtout la *Revue philosophique*, année 1912, article de Ribot. Le rôle latent des images motrices, et année 1913, article de Sollier. La mémoire affective et la cénesthésie.

leur avait été si longtemps associé. Ainsi apparut la représentation sans secours de l'excitation.

En un mot : reproductions stéréotypées de mouvements accomplis pendant le combat, et persistance pseudo-hallucinatoire d'un bruit qui règle l'activité professionnelle du sujet sont les unes et l'autre, mais les premières directement et la seconde indirectement, déterminées par les émotions violentes du champ de bataille.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Nous n'avons pas présenté le malade parce que, à la suite d'une présentation, ces malades sont bien plus difficiles à guérir.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,

J.-M. DUPAIN.

SÉANCE DU 26 JUIN 1916.

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Haury, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance.

La correspondance imprimée comprend le n° 29 (mai 1916) du journal *Ecos de las Mercedès*, de Buenos-Aires.

Rapport de la Commission du prix Belhomme.

M. LWOFF. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Legras, Dupré, Klippel, Séglas et Lwoff, rapporteur, d'examiner l'unique mémoire présenté cette année pour le prix Belhomme. Il a pour épigraphe cette phrase de Claude Bernard : « L'influence du cerveau tend à entraver les mouve-

ments réflexes et à limiter leur force et leur étendue. »

Le sujet proposé était :

Etude complète du régime des réflexes dans les différentes formes de l'idiotie et de leur valeur pathologique.

L'auteur, après avoir examiné 72 sujets, conclut que les troubles de la réflexivité sont fréquents chez ces malades ; que ces réflexes sont tantôt exagérés, tantôt diminués ou abolis, que ces perturbations dépendent des causes générales (encéphalopathies diverses, agénésie corticale ou pyramidale) correspondant, dans leur ensemble, au syndrome de débilité motrice de Dupré.

Il termine en disant que les troubles de la réflexivité étant variables, suivant la nature des lésions et l'époque de leur apparition, « il ne paraît pas possible d'établir une formule générale comprenant l'étude des réflexes dans les différents degrés de l'idiotie ».

L'auteur a cru pouvoir éliminer de cette étude l'idiotie myxoédémateuse, il ne s'occupe pas des crétins à goitre. Par contre, 22 de ses observations se rapportent à la débilité mentale que tout le monde ne considérera pas comme une forme de l'idiotie. Dans une « étude complète » des réflexes, il n'aurait pas dû omettre les réflexes massétéris, mamellaires, bulbo-caverneux, buccal, vaso-moteur d'origine cutanée, le clonus de la rotule, etc.... On pourrait regretter aussi de ne pas trouver dans un travail de ce genre les réflexes réunis par groupe, correspondant chacun à une forme particulière de l'idiotie ; leur comparaison aurait peut-être permis d'établir quelques caractères différentiels entre ces variétés et aurait rendu le travail moins sommaire, plus personnel.

Enfin, nous aurions préféré avoir, à l'appui de ce mémoire, non pas des observations résumées, comme les donne l'auteur, mais bien complètes, au contraire. Cela aurait permis de mieux juger la méthode suivie dans l'étude des malades, de mieux saisir les ressemblances et les différences, ce qui n'est pas sans importance, quand il s'agit d'un mémoire où toute la partie théorique est réduite à un exposé des doctrines régnantes sur la question.

Ces réserves faites, on ne peut pas ne pas reconnaître que l'auteur a apporté une contribution importante à

l'étude de la question. Le sujet était ingrat et aride. L'étude des 72 malades dont nous trouvons les observations résumées dans le mémoire a nécessité un travail patient, difficile, long et minutieux. Il a été fait évidemment par un chercheur consciencieux et sérieux et son effort mérite récompense.

Tout en ne décernant pas le prix dans sa totalité, nous vous proposons d'attribuer au mémoire n° 1, à titre d'encouragement, une somme de 350 francs.

Nous soumettons à votre appréciation le sujet suivant pour l'année 1918 :

Etude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions.

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

M. Naudascher, médecin-adjoint de l'asile de Pau, auteur du mémoire n° 1, obtient, à titre d'encouragement une somme de 350 francs.

Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours).

M. TRUELLE. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, Briand, Mignot, Pactet et Truelle, rapporteur, en vue d'examiner les candidatures au prix Moreau (de Tours).

Deux ouvrages ont été déposés.

Le premier est de M. Stéphane Chauvet, ancien interne, médaille d'or, des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de Médecine, membre de la Société d'Anthropologie. Il a pour titre : *L'Infantilisme hypophysaire*. C'est un travail des plus importants. Il doit son intérêt, d'une part, à une documentation abondante, bibliographique et clinique, complétée par des données anatomo-pathologiques et expérimentales, et, d'autre part, à des considérations critiques qui, jointes aux faits rapportés ou personnellement étudiés, ont permis à l'auteur d'isoler, en en précisant l'étiologie, un syndrome particulier parmi le groupe complexe des arrêts de développement.

Comme pour beaucoup d'autres parties encore imparfaitement connues des sciences médicales, l'étude des dystrophies est rendue singulièrement difficile par la

richesse et les variations d'une terminologie où, tour à tour, se confondent les syndromes distincts et se différencient des faits analogues. Frappé dès l'abord de cette sorte d'« anarchie » — qui n'est donc pas propre à la seule pathologie mentale — M. St. Chauvet s'est vu contraint de reprendre, pour ainsi dire dès l'origine, l'ensemble des faits soumis à son étude.

C'est ainsi que dans une première partie, — qui pour être préliminaire n'en est pas moins essentielle et soigneusement développée, — l'auteur a été conduit à donner tout d'abord une description détaillée des caractères biologiques de l'enfance à ses différentes époques. Grâce à quoi il a pu définir scientifiquement l'infantilisme « un syndrome caractérisé par un arrêt de développement de tout l'organisme, datant de l'enfance, c'est-à-dire par la persistance chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, des caractères morphologiques propres à l'enfance ».

De cette définition primordiale découlent deux conséquences essentielles. D'abord le syndrome se présente en clinique sous des aspects dissemblables, d'après l'époque où intervient le degré de développement : comme le dit M. Chauvet, « chaque âge de l'enfance a son infantilisme particulier ». En second lieu, les caractères morphologiques auxquels on reconnaît l'infantilisme sont multiples : ils intéressent l'ensemble de l'organisme et non pas seulement, comme on l'admettait communément jusqu'alors, la sexualité ; donc « on ne doit pas définir l'infantilisme uniquement d'après l'état des organes génitaux ».

Dans une seconde partie, l'auteur passe en revue les différents syndromes décrits avant lui sous le nom d'infantilisme ; et, à la lueur de la définition précédemment posée, il en élimine le plus grand nombre. Seuls méritent réellement de rentrer dans ce cadre, abstraction faite de l'idiotie myxoédémateuse, l'infantilisme type Brissaud, d'origine dysthyroïdienne, et l'infantilisme hypophysaire.

La troisième partie est consacrée à l'étude de cet infantilisme hypophysaire et à la justification clinique et étiologique de son autonomie. C'est un syndrome qui, cliniquement, peut se présenter, nous l'avons dit, sous des

aspects divers. D'après la période évolutive à laquelle intervient le facteur dystrophique, on peut distinguer trois catégories : l'*infantilisme* proprement dit, le *juvénisme*, l'*impubérisme régressif secondaire*, selon que l'individu est atteint dès l'enfance, dans la jeunesse ou à l'âge adulte. La symptomatologie varie aussi avec la cause du dysfonctionnement et surtout suivant que la glande est altérée en totalité ou en partie seulement. C'est ainsi que l'on pourra observer un *infantilisme pur* par lésion ou trouble fonctionnel du seul lobe antérieur, un *infantilisme avec diabète insipide* par atteinte concomitante de la « pars intermedia » de Herring, un *infantilisme avec obésité*, quand au dysfonctionnement du lobe antérieur s'ajoute celui du lobe postérieur. Il va de soi que si, comme il est fréquent, d'autres troubles endocriniens surviennent secondairement, le tableau clinique se trouvera encore compliqué d'éléments surajoutés.

Nous n'insisterons pas sur les nombreuses preuves cliniques, anatomiques et expérimentales fournies par l'auteur à l'appui de l'origine dyshypophysaire de ce syndrome particulier. Encore une fois, cet ensemble de recherches constitue un travail très complet et très documenté, somme toute de première importance.

Il a toutefois un défaut au point de vue particulier auquel votre Commission était chargée de l'examiner : c'est de ne présenter, avec les questions qui forment l'objet des travaux habituels de la Société médico-psychologique, que des rapports assez éloignés. Certes, l'étude des arrêts de développement en général et plus particulièrement la détermination d'un syndrome justiciable d'une insuffisance endocrinienne déterminée, est loin d'être complètement étrangère à la médecine mentale. Il nous faut bien toutefois faire remarquer, que si dans l'ouvrage qui nous est soumis on trouve des considérations intéressantes sur la psychologie de l'enfance et l'état mental des infantiles, ce ne sont que des données accessoires, et par suite brièvement exposées. L'auteur reconnaît d'ailleurs qu'« il n'existe que très rarement, sauf chez certains infantiles dysthyroïdiens, un véritable parallélisme entre le retard du développement corporel, et celui du développement intellectuel ».

Complètement différent à ce point de vue est le deuxième mémoire déposé, celui de M. Georges Petit, ancien interne des asiles de la Seine et de la Maison nationale de Charenton, membre de la Société anatomoclinique de Bordeaux.

Sous le titre : *Essai sur une variété de pseudo-hallucinations, les auto-représentations aperceptives*, l'auteur fait une étude approfondie, et essentiellement « médico-psychologique », d'un groupe particulier de ces symptômes encore mal définis, et collectivement dénommés hallucinations psychiques ou fausses hallucinations.

Après une étude historique bien documentée et une analyse très fouillée des divers éléments cliniques et psychologiques qui spécifient ces symptômes, l'auteur s'efforce de mettre en lumière les « caractères qui les rapprochent ou les séparent des symptômes voisins », notamment des hallucinations proprement dites ou hallucinations vraies, des hallucinations psycho-motrices et des hallucinations psychiques. Ces formes particulières de l'automatisme mental sont, comme les hallucinations vraies (sensorielles, cénesthésiques ou motrices) des *représentations mentales* spontanées et involontaires, *exogènes*, c'est-à-dire considérées par le sujet comme d'origine étrangère au moi conscient et créateur ; mais elles en diffèrent parce qu'elles s'imposent directement au malade, sans l'intervention d'aucun élément moteur ou sensitivo-sensoriel — et c'est en cela qu'elles sont *aperceptives*. — De là leur qualificatif de représentations mentales automatiques aperceptives et exogènes, et, par abréviation, d'auto-représentations aperceptives. Elles peuvent consister en des images sensorielles, motrices simples ou cénesthésiques, et correspondent alors approximativement aux pseudo-hallucinations proprement dites de Kandinsky ; elles peuvent porter uniquement sur des idées formulées verbalement, et ce sont les pseudo-hallucinations verbales de Ségla ; enfin, elles peuvent consister en idées, tendances ou volitions plus ou moins complexes, mais sans formule verbale, et répondent alors aux hallucinations abstraites ou aperceptives de Kahlbaum.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les multiples détails de son exposé, ni dans l'étude qu'il fait des

éléments propres à différencier le symptôme envisagé des autres manifestations plus ou moins voisines de l'automatisme mental, telles que les représentations simples pathologiques, les idées obsédantes, les idées autochtones, les hallucinations représentatives, etc... Cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous laisserons également de côté, comme se prêtant mal à un résumé succinct, la théorie qu'il émet du mécanisme psychopathologique de l'auto-représentation aperceptive. Signalons seulement qu'à cette première étude analytique et surtout psychologique, en est jointe une seconde, synthétique et proprement clinique, où l'auteur passe en revue les différentes affections mentales, ou, si l'on veut, les différents syndromes psychopathiques où peut se manifester le symptôme étudié. Celui-ci n'a rien de spécifique, en effet, et on peut l'observer, à des degrés divers, dans toutes les formes de la pathologie mentale. Il est, toutefois, une variété délirante qui s'y associe plus volontiers, et qu'il conditionne généralement : c'est le délire d'influence. Ajoutons encore que M. G. Petit — et nous devons l'en féliciter — se garde bien de tomber dans le défaut qui consisterait à donner à l'auto-représentation une valeur nosologique excessive. Il estime, à juste titre, qu'on a peut-être abusé, dans ces dernières années, de la tendance à considérer comme des entités morbides distinctes des états où apparaît ou n'apparaît pas tel ou tel symptôme plus ou moins important.

Somme toute, il s'agit ici d'un travail de longue haleine, cliniquement très documenté, d'une psychologie souvent fine mais jamais nuageuse, et qui nous paraît admirablement répondre aux conditions d'une candidature au prix Moreau (de Tours).

Aussi votre Commission vous propose-t-elle d'accorder ce prix à M. G. Petit pour son mémoire déposé.

Les conclusions de la Commission sont adoptées à l'unanimité et le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. le Dr G. Petit, médecin-adjoint des asiles, interne de la Maison nationale de Charenton.

De la simulation des troubles fonctionnels du système nerveux par les débiles mentaux.

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et PAUL COURBON.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service d'isolement de *Maison-Blanche*, où sont envoyés les militaires porteurs de troubles fonctionnels du système nerveux paraissant justiciables d'une psychothérapie coercitive, plusieurs débiles mentaux simulateurs.

Par débilité mentale, terme que nous employons avec son sens psychiatrique le plus rigoureux, nous entendons des sujets congénitalement et globalement frappés d'une diminution considérable de toutes les facultés intellectuelles affectives et morales. Cette diminution n'est pas grave au point de rendre impossible tout rôle social, et c'est ce qui distingue le débile de l'imbécile, mais elle est suffisante pour que ce rôle soit rempli d'une façon manifestement inférieure.

Ainsi définie, avec cet attribut d'atteinte globale du psychisme, la classe de la débilité mentale exclut tout le groupe des individus dont l'insuffisance mentale est partielle. Ces derniers sous le nom de déséquilibrés, anormaux, détraqués, lacunaires, fournissent le principal contingent des délinquants de la vie civile. Ce sont eux aussi qui alimentent en grande partie depuis qu'elle est créée notre formation sanitaire. Mais nous ne les envisageons pas aujourd'hui, notre étude portant uniquement sur les débiles.

Les manifestations nerveuses *illégitimes*, c'est-à-dire rattachables non à des perturbations pathologiques, mais à des mobiles psychologiques en général utilitaires, présentent chez les débiles mentaux certains caractères étiologiques, sémiologiques et psychologiques différenciés.

1° *Étiologiquement* nous disons tout d'abord, que la simulation des débiles est assez rare. Il faut, en effet, éliminer les cas où l'inintelligence des prescriptions médicales est prise pour de la mauvaise volonté, et auxquels la psychothérapie qui convient doit se fonder

sur la patience et non sur la contrainte. Ce sont des *persévérateurs par incompréhension des prescriptions médicales*.

Nous n'avons trouvé que 11 débiles *simulateurs* sur les 173 entrants de notre service d'isolement. C'est là une proportion relativement faible de simulateurs par rapport au nombre considérable des débiles.

De plus la simulation des débiles n'est jamais créée de toutes pièces ; elle a toujours une base réelle plus ou moins lointaine. Le débile, qui simule, est, ou a été réellement malade, ou bien sa constitution physique pêche par quelque côté. En ce sens il ressemble davantage à un exagérateur. Mais il faut se hâter d'ajouter qu'entre les signes exhibés, et l'épine pathologique existante, le rapport est si éloigné qu'il en est parfois insaisissable. Et cela se rapproche plus de la simulation que de l'exagération. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir un débile malade qui, inconscient de son mal, en simule un autre.

La difficulté qui en résulte pour découvrir le point morbide au travers des troubles apparents est souvent extrême. Qu'on en juge par les exemples suivants. Un individu, qui prétend ne plus pouvoir tenir sur les jambes sans flageoler ridiculement, depuis une piqûre de vaccin antityphoïdique, est en réalité atteint de tachycardie chronique, tachycardie antérieure à la mobilisation et qui même pendant le sommeil ne descend pas au-dessous de 120. Un autre qui, à la suite d'un coup de pioche, a une petite exostose de la face antérieure de la malléole interne du tibia, se plaint du bassin, de la fesse, et se déhanche en marchant. Un autre, qui n'a plus une seule dent et ne peut rien mâcher, simule des tremblements, du vertige, et se met les doigts dans la bouche pour se faire vomir. Un autre qui souffrit jadis des genoux, refuse de redresser le dos. Un autre qui eut des froidures des pieds, garde les jambes et le bassin fléchis. Après une blessure superficielle de la nuque un autre se plaint d'étonnements et de suffocation. Longtemps après une hémiplégie hystérique guérie, un autre courbe grotesquement sa taille.

L'indépendance entre le syndrome exprimé et le substratum pathologique n'est pas toujours aussi grande,

mais alors l'intensité des réactions est invraisemblablement disproportionnée.

2° *Sémiologiquement* on peut dire que les signes objectifs se caractérisent par une déformation outrancière des attitudes, de la mimique et des mouvements normaux, et que les signes subjectifs sont l'hyperbolique expression de la douleur.

Les attitudes, que prend le sujet quand il se croit observé, sont telles que le mot *difformité* est le seul qui leur convienne. Le débile, en effet, vise à se contrefaire et n'est jamais satisfait des résultats obtenus. Aussi voit-on s'augmenter les difformités à vue d'œil pour peu que l'on prolonge l'examen.

La plus fréquente de celles-ci est la bosse, bosse qui bien des fois rendrait jaloux Polichinelle. Il est intéressant de remarquer à ce propos la tendance toute naturelle à la cyphose qu'ont par suite de leur profession rurale la plupart de nos clients. Mais cette cyphose est irrégulière, compliquée de scoliose, de lordose, de déhanchement, de torsion.

Toutes les parties mobiles du corps, le cou, les membres, les reins, la figure sont contrefaites d'une façon arbitraire, guindée, paradoxale qui rappelle tout à fait l'album du caricaturiste et pas du tout l'iconographie médicale.

Les mouvements ont la même recherche, le même illogisme, la même redondance, la même invraisemblance. Ce ne sont pas des mouvements mais des *contorsions*. La claudication est un plongeon, le steppage un pas de parade, la trépidation un trépignement; le ballottement d'une jambe flasque devient un brinqueballement, le râclément d'une jambe raide, un labourage, la titubation une acrobatie; les défaillances du membre supérieur sont de même nature: tenant plus de la pitrerie que de la maladresse.

La simulation des troubles sensoriels: surdité, cécité, mutité, présente les mêmes caractères d'outrance et de sottise invraisemblance. Un prétendu sourd non seulement ne sursaute pas devant les bruits les plus formidables, mais au lieu d'être à l'affût des gestes d'autrui, s'efforce de ne pas les regarder et de ne pas les comprendre. Un soi-disant amaurotique, au lieu de se laisser

guider par la voix de son interlocuteur, avance dans la direction diamétralement opposée à celle d'où on l'appelle.

Enfin, nous avons remarqué chez nos débiles simulateurs une mimique particulière, qui consiste en un tremblement général du corps et en un halètement tous deux volontaires, naissant au début de chaque examen médical et cessant immédiatement après. Il suffit de s'approcher d'un de ces débiles, et de le contempler sans mot dire, pour qu'aussitôt il se mette à papilloter des paupières, écarquiller les yeux, palpiter des narines, marmotter des lèvres, branler la tête, flageoler des membres, frissonner du dos et surtout haleter.

Ce halètement, qui veut exprimer la douleur, est en réalité d'un rythme, et d'un timbre tel qu'il rappelle bien plus l'essoufflement de la volupté que la dyspnée de la souffrance. On comprend en le constatant cette épigramme d'Ausone à l'adresse d'un galeux qui, étant donné le caractère particulier des soupirs que lui arrachaient ses démangeaisons, devait, croyons-nous, être en plus quelque peu débile et passablement exagérateur.

« *Tremulis gaunitibus acru pulsat*
 « *Verbaque lascivas meretricum inutantia coetus*
 « *Vibiat, et obscenæ numeros pruriginis implet* (1). »

En tout cas, cette comparaison est si exacte à propos de nos sujets, que nous l'avons maintes fois entendu exprimer par leurs compagnons d'hôpital au cours des exercices de rééducation collective.

D'ailleurs, toute cette mimique à prétention attendrissante se transforme avec une facilité extraordinaire en un grimacement bouffon, pour peu que le médecin semble prendre plaisir à cette transformation, ou en une scène de colère, le débile, devant l'absence de pitié, cherchant à faire naître la peur ou simplement s'emportant par réaction puérile contre l'obstacle.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils se résument

(1) « Il pousse des gloussements saccadés; il se plaint comme une fille qui jouit; il crie sur tous les tons comme s'il pâmaît de plaisir. » *Les épigrammes d'Ausone*; traduites par Charles Verrier. CVIII, contre le galeux Polygiton. Paris, Sansot.

en sensations de toutes sortes, siégeant de toutes parts et exprimées de toutes les façons : comparaisons hétéroclites, gémissements, soupirs, sanglots, cris, hurlements, égratignements. Ces plaintes, outre leur proximité, ont pour signe distinctif de porter beaucoup plus sur les conséquences familiales, sociales et futures de la prétendue maladie que sur celle-là même. Un de nos sujets oubliait ses souffrances, pourtant intolérables d'après lui, pour gémir sur l'avenir de sa belle-mère. Un autre se lamentait, au contraire, sur son passé de misère et de malheur.

Ridicule, invraisemblance, variabilité d'un instant à l'autre, tels sont, en somme, les trois attributs de la sémiologie simulée des débiles.

3° La *psychologie* de la débilité mentale, qui peut se résumer en ces mots, insuffisance du jugement et de l'affectivité, explique la genèse de chacun des caractères étiologiques et cliniques que nous venons de signaler.

La rareté relative de la simulation de ces individus résulte du fait qu'ils sentent moins que les autres les souffrances morales de la guerre. Se représentant avec moins d'exactitude, les dangers courus, éprouvant moins de privations, parce que plus dépourvus d'aspirations, ils sont réfractaires à celles des excitations qui sont peut-être les plus impérieuses pour déterminer à fuir le champ de bataille.

Leur simulation a toujours une base pathologique, parce que leur faiblesse mentale ne leur permet pas une création de toutes pièces.

Cette création n'a, avec le trouble réel, que des rapports très éloignés ou même n'en a aucun, parce que le défaut de jugement empêche l'appréciation saine des conséquences susceptibles d'être engendrées par ce trouble. De là, l'invraisemblance qui, d'emblée, trahit la simulation du débile.

Toute la différence qui distingue la simulation du débile de celle du non-débile provient de la divergence fondamentale des moyens employés par l'un et par l'autre pour arriver à leurs fins. L'homme à intelligence normale se rend compte qu'en temps de guerre, le sentiment de la compassion est un de ceux qui sont le plus hors de saison. Aussi se garde-t-il bien de rien

faire qui puisse sembler un appel à l'apitoiement de ses semblables. S'il veut tromper un médecin, il vise à lui donner l'impression qu'il est inapte au service militaire. Il prend une apparence stoïque vis-à-vis d'une douleur malheureusement plus forte que lui. Il demande, il réclame son retour au front. Il a même l'air de vouloir dissimuler une maladie malencontreusement insurmontable.

Le débile, au contraire, avec le manque d'opportunité qui le caractérise, ne sait pas adopter pour le temps de guerre une tactique différente de celle qu'il a vu lui réussir en temps de paix. La spontanéité des humbles, dont la faiblesse sociale se double très souvent d'une faiblesse mentale, semble puiser sa principale source dans la compassion. Deux commères ne peuvent pas avoir la moindre conversation sans l'entre couper d'exclamations dolentes : « C'est-il pas malheureux de voir cela ; c'est une vraie pitié ; faut pas avoir du cœur pour faire ça ; faut-il en voir tout de même ; quelle misère ; le pauvre homme ; la pauvre femme ; le pauvre monde ! »

Aussi n'est-il pas étonnant que le débile, auquel sa propre expérience a appris que tous ses gains lui viennent de la commisération d'autrui, recommence à la quêter encore chez le médecin. De là ses interminables lamentations, non seulement sur lui-même et son état actuel, mais encore sur son avenir, sur sa famille, sur son entourage et même sur son passé.

Puisant encore son inspiration dans le milieu où il a vécu, il s'efforce de réaliser les plus impressionnantes difformités. Il se contrefait, parce que, dans le peuple, les infirmités disgraciées des membres et du corps sont celles qui excitent le plus l'apitoiement, ainsi que le prouve le terme d'« affligé » que les pauvres gens appliquent indifféremment aux bossus et aux boiteux.

Et comme le débile est dépourvu du sens de la mesure, il outre jusqu'à la caricature les traits désolants qu'il veut mettre en évidence. De pitoyable qu'il voulait être, il devient ridicule.

Mais, de cette transition il a parfois conscience. Il s'attache alors à exploiter le nouveau sentiment qu'elle fait naître chez son interlocuteur. Il sait qu'en déchaînant l'hilarité, on peut obtenir des autres ce que leur

compassion avait refusé. Il s'acharne donc à se rendre grotesque et à faire rire, obéissant sans le savoir, dans sa conduite à l'égard du médecin dont dépend son sort, à l'adage fameux : Tu ris, te voilà désarmé. Un de nos sujets, entendant nos réflexions sur son étrange physionomie que nous voulions photographier, s'écria : « Ne le faites pas, ma binette ferait casser la plaque. » Enfin, devant l'insuccès de ses contorsions, survient souvent la réaction coléreuse, qui toujours inopportune chez un soldat, l'est particulièrement en temps de guerre. Incapable de saisir au moment même les conséquences disciplinaires de ses excès de paroles et de gestes, le débile s'emporte d'autant plus qu'il a plus de public. Le mieux est donc de faire aussitôt le vide autour de lui et de l'isoler.

Quant à la mimique tremblante que le débile exécute pour impressionner l'entourage, on peut dire que là encore, il n'invente guère. En réalité, il ne fait qu'exagérer les réactions naturelles de l'émotion. Les conditions physiologiques de la production de cette émotion simulée sont ici les mêmes que celles de la production normale du sourire. Celui-ci n'est devenu la plus habituelle et la plus sociale de toutes nos expressions, que parce qu'ainsi que l'a montré Georges Dumas, il était le plus facile à accomplir.

De même, le débile tremble de partout, cligne des yeux, palpite des narines, marmotte, halète, parce que ses émotions passées ont frayé la voie à tous ces mouvements et facilité, par conséquent, leur réalisation au moindre commandement de la volonté.

La *conclusion*, qui se dégage des considérations précédentes, est que la simulation des débiles, de par sa maladresse, son invraisemblance et son ridicule, est sans danger pour la discipline. Loin de faire des adeptes, ils excitent la moquerie de leurs camarades dont les quolibets sont peut-être pour eux la meilleure thérapeutique. C'est là une heureuse distinction d'avec les autres simulateurs, qui sont au contraire de redoutables agents de contagion.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — J'ai eu l'occasion d'observer à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, à propos des accidents de travail, un assez grand nombre de ces débiles exagérateurs, chez lesquels j'avais constaté la plupart des symptômes relevés par MM. Laignel-Lavastine et Courbon et, principalement, la persévérance, l'entêtement dans l'ouïe des symptômes.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Le petit nombre de débiles simulateurs que nous observons dans mon service, tient à ce que ce service est en quelque sorte un point terminus pour ces malades.

M. VIGOUROUX. — Ces débiles exagérateurs ont-ils été réformés ou renvoyés au corps? L'appréciation de l'aptitude au service armé des débiles est une question très délicate et qui souvent ne peut être résolue qu'après expérience.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quelques-uns de ces débiles ont été placés dans le service auxiliaire, d'autres renvoyés au corps.

De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre.

DISCUSSION (1).

MM. NORDMAN et BONHOMME. — Nous avons été heureux de voir dans la précédente séance les membres de la Société s'intéresser à la question des indisciplinés et nous apporter la contribution de leur expérience. Mais la discussion ayant un peu dévié, il nous paraît bon pour l'instant de la ramener à ses premières limites et de sérier les questions : c'est ainsi qu'il sera bon de revenir sur les épileptiques à crises espacées dont nous a parlé M. Pactet, qu'on réforme d'une façon par trop uniforme.

Pour le moment — en restant aux indisciplinés — nous voulons revenir sur les objections qu'on nous a soulevées :

(1) Suite. V. plus haut, page 490.

On nous a dit combien il fallait nous méfier des malades que nos bataillons d'indisciplinés pourraient renfermer.

Des bouffées délirantes, des accès périodiques pourront survenir plus facilement que chez d'autres il est vrai chez nos dégénérés, comme nous l'a fait remarquer M. Colin. Mais avec des examens médicaux fréquents, une élimination rapide toujours possible — une mise en observation facile dans les centres neuropsychiatriques de l'avant — on arrivera assez aisément à s'alléger des malades.

L'objection la plus sérieuse a été faite par M. Trenel, nous montrant le danger que peuvent faire courir nos formations, susceptibles à de certains moments de tendre la main à l'ennemi. Mais cette objection doit-elle paralyser nos efforts? Tout d'abord nous ne voyons pas bien la situation de ces disciplinés dont nous a parlé M. Trenel, dépourvus d'armes, occupés sans contrôle à couper des fils de fer et pouvant brusquement se retourner contre nous. Ils se rendraient bien vite compte pourtant qu'au moindre mouvement de rébellion ils vont se trouver entre deux feux. Une forte poussée allemande elle-même ne les empêcherait pas d'être fusillés les premiers. En outre, il est bien certain qu'il faudra s'entourer de quelques précautions. Indéniablement, un certain nombre d'individus dangereux doivent être éliminés et livrés aux Conseils de guerre. Il ne s'agit point de vider dès maintenant les prisons. D'ailleurs, nos formations seront loin de ne comprendre que des gens à mauvais esprit. Au contraire elles seront surtout composées de petits délinquants qu'un peu d'énergie suffira à maintenir dans la bonne voie, d'instables ne manquant point de bonne volonté.

Enfin, nous répétons que nos bataillons doivent surtout être réservés à l'assaut pour les raisons que nous avons déjà dites à la précédente séance. Alors point d'hésitation possible. Avec des chefs énergiques et résolus, quelques mitrailleuses prêtes à agir au besoin, selon la méthode allemande, la ruée en avant doit se faire. En somme, en éliminant les malades et quelques mauvaises têtes trop dangereuses, en ayant des cadres solides, il nous semble assez facile d'utiliser nos disciplinés.

D'ailleurs combien, de l'armée combattante ne voyons-nous pas rejeter des sujets dont on aurait pu se servir avec un peu de bonne volonté? Dans certains régiments on élimine rapidement tout alcoolique venant à un moment déterminé troubler l'ordre. L'ivresse se soldant par un séjour généralement assez prolongé dans un bon lit d'hôpital, avec quelquefois même bénéfice supplémentaire d'une convalescence puis d'un retour au dépôt, les récidives seront fatales. Dans d'autres régiments, par contre, l'ivrogne est malmené et puni sévèrement de prison ou de corvées supplémentaires. Cette méthode forte donne généralement des résultats. Et combien de fois le délinquant d'hier ne sera-t-il pas le héros de demain!

Il en est de même pour beaucoup d'autres soldats.

Nous avons vu des mutilés volontaires qui ne furent point livrés aux conseils de guerre, sur leur promesse de racheter leur fante, et qui surent ensuite accomplir maints actes de courage. Pareille méthode bienveillante ne peut être généralisée. Il faut souvent des sanctions rapides et énergiques servant d'exemple; mais parfois l'indulgence vaut mieux, le coupable d'hier, accablé par la nécessité, sera capable de se battre vaillamment. Ne pourrait-on de même utiliser ou tout au moins chercher à utiliser tous ces petits indisciplinés que l'on rejette un peu trop facilement sur les hôpitaux? Qu'on les groupe sous la direction de chefs énergiques, qu'on les encadre sérieusement, qu'on les envoie en première vague d'assaut (là, pas moyen de se dérober), le résultat sera d'autant meilleur que nous aurons affaire à des gens casse-cou jouant leur va-tout.

Que si l'on veut éviter d'agglomérer trop de fortes têtes il suffira de créer non point des bataillons comme nous l'avions demandé, mais des compagnies, ou même des sections d'indisciplinés plus faciles à surveiller et à contenir.

De toutes façons, nous croyons qu'il faut sortir de l'inertie actuelle, tâcher de récupérer nombre d'indisciplinés et de petits délinquants, trop facilement éliminés par le commandement ou les médecins, en créant des formations spéciales.

Ces formations seront toujours à l'avant, échapperont

à l'influence pernicieuse des agglomérations urbaines, ne seront composées que d'hommes ayant subi au préalable un examen psychiatrique dans un centre spécialisé et munis d'une fiche médicale individuelle. Elles seront fortement encadrées de chefs énergiques sachant utiliser leur valeur combative indéniable.

M. HAURY. — On aurait une sécurité plus grande dans l'utilisation qui convient à ces indisciplinés, si les sujets étaient directement dirigés sur le front sans passer par le dépôt. Je pense aussi que parfois on réforme par trop aisément, pour « troubles mentaux », des sujets présentant un épisode aigu alcoolique.

M. PACTET. — A propos des buveurs et des alcooliques, je pense qu'il y aurait avantage à laisser sur eux une sanction. Nombre de buveurs sont persuadés qu'à force d'intempérance ils finiront par se faire réformer. Je connais le cas d'un sujet qui agissait ainsi ; il recommençait à boire, et comme sanction de son intempérance il retournait à l'hôpital.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Le séjour dans les dépôts d'un certain nombre de déséquilibrés instables, difficiles, est, en effet, regrettable. Ces sujets, susceptibles souvent de faire d'excellents soldats, sont complètement inadaptables à la vie du dépôt et devraient être renvoyés le plus rapidement possible dans les unités de la zone de l'avant. Au service central de psychiatrie de la XVIII^e région, que dirige actuellement M. Anglade, lorsque de tels sujets quittent le service pour rejoindre le dépôt de leur corps, ils sont précédés d'une lettre confidentielle adressée au commandant de ce dépôt. Cette lettre expose, d'une part, que ces individus ont été jugés utilisables et, d'autre part, que ce n'est qu'après avoir usé avec eux de la manière indiquée (douce ou forte suivant les cas, souvent les deux), qu'il faudra se résoudre à les adresser de nouveau au centre de psychiatrie en vue d'une réforme.

Malheureusement, au dépôt, ces hommes sont un élément de trouble ; le commandant du dépôt estime parfois, non sans quelques raisons, que son dépôt n'est pas une école de rééducation psychique, et il renvoie le déséquilibré dans le service de psychiatrie. Force est alors au médecin-major de proposer pour la réforme

l'homme qui, souvent, a déjà fait plusieurs séjours dans le service et que ses chefs déclarent ne pouvoir utiliser.

Et pourtant, ces hommes seraient parfaitement utilisables, ainsi que l'indiquent MM. Colin et Nordman. Certains en donnent eux-mêmes la preuve, non seulement par la durée de leur séjour antérieur sur le front, mais aussi en s'engageant presque aussitôt après qu'ils viennent d'être réformés. Deux d'entre eux, que nous avons eu à observer récemment au Centre de Bordeaux, ont été déjà réformés trois fois. L'un d'eux, en particulier, sait fort bien provoquer sa réforme lorsque l'arme dans laquelle il se trouve a cessé de lui plaire, pour s'engager peu après dans une nouvelle arme.

En outre, les réformes prononcées pour troubles psychiques se heurtent actuellement à un écueil sur lequel je me permets d'attirer l'attention de la Société. Les hommes qui sont évacués sur les services centraux des régions sont munis d'un billet d'hôpital sur lequel figure la mention « affection contractée au cours des opérations de guerre » ou « affection contractée en service commandé », ou « affection contractée hors service ». Il est certaines armées d'où les malades arrivent avec un billet d'hôpital portant *toujours* la mention « affection *contractée* au cours des opérations de guerre », ou « affection constitutionnelle *aggravée* au cours des opérations de guerre ». Munis d'une telle pièce, ou plutôt de son duplicat, les hommes que nous faisons réformer n° 2, parce que nous estimons que leurs troubles mentaux ne sont pas une conséquence directe d'un fait de guerre, protestent contre la réforme n° 2 et, se basant sur le premier billet d'hôpital, assimilé à un certificat d'origine, demandent la transformation de leur réforme n° 2 en une réforme n° 1 avec pension ou gratification renouvelable.

Il me semble que cette pratique est de nature à étendre, d'une façon injustifiée, l'attribution des réformes n° 1, dont pourraient ainsi bénéficier même les déséquilibrés constitutionnels dont nous parlons, lorsqu'ils sont évacués de la zone des armées avec la mention « affection constitutionnelle *aggravée* au cours des opérations de guerre », à l'occasion d'un petit épisode psychopathique.

M. NORDMAN. — Il y a des permissionnaires qui, retour du front, s'alcoolisent pendant la durée de leur permission ; évacués de l'hôpital, ils retournent sur le front et s'alcoolisent encore.

M. HAURY. — Il y aurait intérêt à établir pour chaque sujet un dossier de psychiatrie qui suivrait dans les hôpitaux, afin d'avoir l'opinion d'un médecin ayant qualité en la matière.

M. VIGOUROUX. — Trouvera-t-on dans chaque hôpital un médecin aliéniste qualifié pour donner un tel avis ? Ceci nous ramène à la question de l'utilisation des compétences dans la psychiatrie de guerre.

M. NORDMAN propose à la Société d'émettre un vœu sur cette importante question.

Une Commission composée de MM. Briand, Colin, Laignel-Lavastine et Pactet, à laquelle est adjoint M. Haury, membre correspondant, déposera son rapport sur la question à la prochaine séance qui, en raison de l'urgence, aura lieu le 17 juillet.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,

J.-M. DUPAIN.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1916

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Haury, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Dupain, secrétaire des séances, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance. — M. V. Truelle veut bien faire fonction de secrétaire de la séance ;

2° Une lettre de M. Capgras, qui exprime ses regrets de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Une lettre de M. Nandäscher, qui remercie la Société pour l'obtention du prix Belhomme ;

4° Une lettre de M. Petit, qui remercie la Société pour l'obtention du prix Moreau (de Tours).

De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre (1).

Rapport de la Commission nommée à la dernière séance.

M. HAURY. — A la suite d'une communication, faite à la Société médico-psychologique au mois de mai dernier, par MM. Nordman et Bonhomme sur *l'utilisation des indisciplinés dans l'armée en temps de guerre*, et proposant à la Société d'émettre un vœu tendant à la création de corps spéciaux dans lesquels seraient utilisés les hommes de cette catégorie, une discussion s'engagea à laquelle prirent part MM. Colin, Pactet, Lwoff, etc., et il fut décidé de maintenir la question à l'ordre du jour de la séance de juin.

A cette séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Briand, Laignel-Lavastine et Pactet, à laquelle a été adjoint M. Haury, membre correspondant, chargée d'étudier cette importante question et de rédiger le vœu. C'est au nom de cette Commission que j'ai l'honneur de vous faire le rapport suivant :

L'Armée ne tire pas parti actuellement de tous les hommes qui pourraient la servir. Elle laisse échapper un assez grand nombre d'individus qui seraient cependant très susceptibles de lui être utiles et qui se trouvent éliminés, soit parce qu'elle a du mal à les utiliser, soit parce qu'ils savent eux-mêmes faire le nécessaire pour éviter d'aller au feu.

La première catégorie de ces individus est celle des *anormaux mentaux déséquilibrés et pervers*.

Les difficultés des circonstances et l'obligation de

(1) Suite et fin. Voir plus haut, p. 490 et 519.

pourvoir à des nécessités plus immédiates, font que, malgré toutes les bonnes volontés qui interviennent, on élimine trop facilement les individus qui se prêtent mal à la discipline commune de l'armée, ou qui s'y sont montrés anormaux dans leurs réactions. Cependant beaucoup d'entre eux sont loin d'être complètement inutilisables dans les conditions actuelles de la guerre, et un grand nombre de ces anormaux pourraient rendre de réels services au front s'ils y trouvaient simplement un milieu adapté pour les recevoir et surtout pour les employer.

Les régiments en rejettent beaucoup parce qu'ils ne sont pas préparés à l'utilisation de ces hommes, et que leur présence au milieu d'individus normaux a paru d'un bénéfice trop minime en égard à tous les soucis qu'ils donnent, en raison de leur impossibilité de se plier à la discipline ordinaire. Mais c'est souvent à regret qu'on les renvoie, car on se rend facilement compte qu'ils ont, malgré leur mentalité déviée, des qualités psychiques, et surtout physiques, qui sont encore de grande importance et dont la mise en jeu a pu même leur valoir parfois les très justes compliments de leurs chefs. Leurs défauts sociaux avaient pu se transformer, en effet, pour certains d'entre eux, en de véritables vertus militaires, et quelques-uns s'étaient distingués par des actes signalés d'héroïsme. Mais, une fois rendus de cette façon à la société, ils ne manquent pas, bien entendu, de s'y montrer aussi peu désirables qu'ils l'avaient déjà été auparavant.

Pour certains autres, ils sont assez habiles pour combiner tout ce qui est nécessaire pour échapper au devoir militaire.

Il est fréquent, en effet, de voir des indisciplinés simples, plus ou moins chargés de tares, et dont le passé est plus ou moins rempli de délinquances ou même d'internements, trouver l'occasion propice pour laisser le front et revenir à l'arrière. Une fois à leur dépôt, il n'est pas rare pour eux de rencontrer une bienveillance inopportune ou une crainte exagérée de leurs réactions qui leur valent tout naturellement la réforme qu'ils désiraient.

La deuxième catégorie d'individus aussi peu méri-

tants et qui trouvent aisément l'occasion de se soustraire à leur devoir est celle des *alcooliques*.

Il est fréquent, et même assez banal, de voir des alcooliques chroniques provoquer leur évacuation aussi souvent qu'ils le désirent, pour des accidents aigus ou subaigus d'alcoolisme, sur l'hôpital ou même sur l'asile, et finir par être réformés, alors que des sanctions sévères édictées à temps, ou peut-être une utilisation meilleure et l'envoi immédiat au front, eussent permis de les conserver.

En définitive, il semble donc nécessaire que tous ces hommes soient passés au crible d'une compétence psychiatrique indiscutable, afin que seuls ceux qui sont justiciables de la réforme soient éliminés de l'armée, et que, par contre, les autres soient utilisés dans toute la mesure de leurs moyens, car il est certain que la plupart de ces hommes ont encore des qualités positives pour le service de guerre. Il est indiscutable, en tout cas, que les déséquilibrés plus ou moins pervers ont, eux, de réelles aptitudes combatives qu'il suffirait de savoir utiliser pour obtenir de ces sujets des services des plus positifs. En effet, s'ils ne peuvent comme tout le monde se soumettre à une discipline de tous les instants, ils ont, par contre, on le sait, outre le goût de l'aventure, une propension impulsive qui pousse un très grand nombre d'entre eux à des actes dangereux ou agressifs, qui peuvent, en temps de guerre, se transformer facilement en actes véritables de bravoure. Il serait donc rationnel, — par une mesure qui ne serait d'ailleurs que l'application nouvelle, créée par une nécessité momentanée, d'une sélection dont on trouve des exemples aux régiments étrangers et aussi aux compagnies de discipline, — de grouper ces individus en des *formations spéciales*, où leurs qualités musculaires et leur impulsivité, comme aussi leur goût d'aventures, pourraient se donner libre carrière et procurer des résultats excellents. Mais il faudrait leur donner des chefs expérimentés et connaissant ces mentalités anormales, du fait qu'ils les auraient déjà approchés, par exemple, dans les troupes coloniales ou aux bataillons d'Afrique, soit même aux compagnies de discipline. Il faudrait leur appliquer une discipline appropriée, com-

préhensive de leur nature d'homme, et qui serait large tout en étant parfois aussi rigoureuse que la nécessité pourrait l'exiger vis-à-vis de pareils sujets qui ne sont pas, pour la plus grande part, insensibles tout à fait à toute espèce de sanctions. On constituerait avec ces hommes des compagnies que l'on pourrait assez justement peut-être appeler des *compagnies franches*, d'un nom qui a l'avantage de parler du but qu'on se propose et non pas de l'origine de ceux qui sont appelés à en faire partie, en même temps qu'il comporte toute sa signification de force libérée des entraves ordinaires pour une activité militaire sans frein. On aurait avec eux de véritables *troupes de choc* (comme on pourrait également les dénommer), prêtes à tout, capables d'une énergie peu commune, et susceptibles de fournir des troupes d'assaut incomparables. Ces « troupes de choc » pourraient être rattachées administrativement aux bataillons d'Afrique, et, si on voit quelque difficulté à les organiser sur le front français, on pourrait les réserver pour le front salonicien, à défaut du Maroc, cette utilisation loin du territoire de la Métropole ayant pour elle, en outre, l'intérêt de pouvoir apparaître comme une mesure de répression envers certains d'entre ceux qui sont appelés à en faire partie.

Il est bien entendu que, pour éviter que des malades véritables ne puissent se glisser parmi ces compagnies, il est absolument indispensable que l'examen psychiatrique soit à la base même du recrutement de ces troupes. Pour cela, il faut donc, de toute évidence, que chaque homme proposé pour ces compagnies spéciales soit muni d'une fiche médicale psychiatrique qui comporterait tous les renseignements nécessaires sur la nature particulière de l'individu. Cette fiche devrait relater aussi bien tous les incidents pathologiques de la vie que les événements militaires de la carrière de l'homme, spécifier notamment les dominantes particulières de sa mentalité anormale et contenir en outre un aperçu sur le mode le meilleur de son utilisation. Tout cela est nécessaire, en effet, pour que le chef qui aura à l'utiliser soit averti de la nature d'homme qu'il aura à commander et aussi du mode particulier de ses réactions.

Pour ce qui est de la constitution même de ces

troupes spéciales, il y aura intérêt à faire des groupements peu importants, parce qu'ils sont plus faciles à surveiller et à tenir en mains.

Quoi qu'il en soit, il est de toute nécessité que ces hommes soient dirigés d'urgence et immédiatement sur leurs formations spéciales, car *il faut leur éviter à tout prix le passage au dépôt*. En effet, ce passage est des plus préjudiciables à tous points de vue à ces tarés, non seulement parce qu'ils risqueraient d'y perdre leur entrain, ou leur bonne volonté (tout en contaminant moralement les individus normaux qui les y entourent), mais surtout parce qu'ils ne manqueraient pas, en tous cas, d'y faire des excès de toutes sortes, ou d'y manifester à nouveau quelques tendances anormales qui les livreraient une fois de plus à l'hôpital ou à la prison, empêchant ainsi irrémédiablement leur envoi au front.

Ajoutons que c'est pour la même raison qu'à l'avant il est indispensable de leur éviter le stationnement dans les agglomérations plus ou moins importantes.

* *

C'est en vertu de toutes ces considérations que votre Commission vous propose de voter les conclusions suivantes sous forme de vœu :

« Considérant que si, en temps de paix, certains déséquilibrés ne sont guère utilisables dans l'armée, il en est un grand nombre qui, dans les circonstances particulières de la guerre actuelle, peuvent rendre des services appréciables, la Société émet le vœu que :

« Soient créées à l'avant, et de préférence au Maroc ou au front salonicien, des compagnies spéciales d'indisciplinés et d'anormaux dites, si l'on veut, *compagnies franches* ou *troupes de choc*, ne comprenant que des hommes ayant subi au préalable un examen mental de la part d'un médecin aliéniste dans un centre spécialisé.

« Ces sujets seraient accompagnés d'une fiche individuelle *qui les suivra dans tous leurs déplacements*.

« Ces hommes, qu'il y aurait intérêt à *renvoyer au front directement, sans passer par les dépôts*, seraient fortement encadrés et, de préférence, utilisés dans des

opérations en rapport avec leurs aptitudes et leur valeur combattives. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité. Le bureau de la Société est chargé de le présenter à M. le Sous-secrétaire d'Etat du service de santé.

Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale,

Par MM. BONHOMME et NORDMAN,
Médecins aides-majors.

Les cas de troubles psycho-nerveux consécutifs à des explosions d'obus ont été très fréquents pendant cette guerre. Aussi, de nombreux travaux leur ont déjà été consacrés (1). Nous avons cru néanmoins possible de revenir sur cette question, car, après une observation assez prolongée, quelques faits nous ont paru constituer un tableau clinique assez constant pour mériter une description d'ensemble.

Nous considérerons uniquement les malades après une certaine évolution : les porteurs de séquelle, pour ainsi dire. C'est, en effet, après avoir été soignés ailleurs depuis plus ou moins longtemps, avoir guéri les blessures superficielles qu'ils peuvent avoir reçues, que nous arrivent ces malades. La phase initiale a disparu depuis plusieurs semaines souvent.

Nous éliminerons aussi tous les symptômes paraissant relever du pithiatisme, et qui peuvent néanmoins compliquer le syndrome commotionnel et se surajouter à

(1) Citons parmi les principaux :

Professeur Grasset. Les psychonévroses de guerre. *Presse médicale*, 1^{er} avril 1915, n° 14, p. 105.

Professeur Régis. Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre. *Presse médicale*, 27 mai 1915, n° 23, p. 177.

Professeur Mairet et H. Piéron. Le « syndrome commotionnel » dans les traumatismes de guerre. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, séances des 1^{er}, 15 et 22 juin 1915.

Professeur Roussy. A propos de quelques troubles nerveux observés à l'occasion de la guerre. *Presse médicale*, 8 avril 1915, n° 15, p. 115.

lui, tels que paralysies, contractures, plicatures, surdités. Ce cortège de phénomènes fait l'objet de discussions qui sortent du cadre de cette étude.

Nous ne parlerons pas des lésions en foyer nettement diagnostiquées : hémorragies méningées, hématorachis, hématomyélie, qui sont si différentes comme symptomatologie des phénomènes que nous avons en vue, mais qui peuvent également se compliquer du syndrome commotionnel.

Nous ne reviendrons pas, enfin, sur les psychoses caractérisées : paralysie générale, démence précoce, dont l'étiologie traumatique peut être discutée, et nous nous bornerons à décrire un syndrome bien isolé, survenant après les grosses commotions par torpilles, obus de fort calibre ou explosion de mine.

Les hommes qui ont subi ce choc présentent trois ordres de troubles :

1° *Troubles du caractère* ;

2° *Troubles intellectuels* ;

3° *Troubles somatiques*.

1° *Troubles du caractère*. — Ils sont parmi les plus constants. Le commotionné est devenu irritable, ne supporte plus la moindre contradiction, se livrant à des accès subits de violence, et se surprenant à se mettre en colère sans raison, même avec les personnes qu'il aime le mieux. Cette impressionnabilité se manifeste à propos de tout. La visite d'une personne qui leur est chère provoque une crise de larmes, et, pendant un quart d'heure parfois, ils demeurent sans voix, la gorge serrée. Lorsqu'ils retrouvent la parole, ils bégaiement encore longtemps.

De tels malades ont perdu toute gaieté, tout entrain, chose qui frappe beaucoup les familles et que nous leur avons souvent entendu traduire ainsi : « Mon mari est tout timide, il n'est plus hardi comme avant. » Ils n'osent, par exemple, plus s'adresser au médecin et prient souvent leurs familles de demander pour eux les permissions les plus légitimes.

Et, en effet, ces malades sont déprimés. Ils ont une tendance marquée à l'isolement, car ils ont conscience des transformations accomplies en eux, et ceci, joint à diverses causes énumérées plus loin, entretient un état

dépressif pouvant allant jusqu'à la mélancolie (1). On observe même parfois des tendances interprétatives, à teinte jalouse fréquemment, fugaces, et ne se systématisant pas.

2° *Le déficit intellectuel* est également constant et frappe toutes les facultés. L'idéation est ralentie et incohérente même par moments. Ce n'est pas, à proprement parler, de l'obnubilation, ce n'est plus, naturellement, la phase confusionnelle du début, mais une diminution considérable de l'activité cérébrale, sensible dans tous les actes de la vie. Le commotionné ne peut soutenir une conversation. Il faut lui arracher, pour ainsi dire, chaque phrase par des questions auxquelles il répond de plus en plus lentement. Au bout de peu de temps, dans les cas accentués, le malade ne suit plus ce qu'on lui dit et répond à tort et à travers. Écrire une lettre est souvent un travail tellement au-dessus de ses forces qu'il y renonce.

Cette transformation est surtout visible chez les malades occupant avant la guerre une situation sociale plus élevée. Ceux-là sentent parfaitement qu'ils ne peuvent plus reprendre leurs occupations et admettent volontiers qu'ils en seront définitivement incapables. Ces constatations peuvent être le point de départ d'idées de suicide.

La mémoire participe aussi, largement, à cette déchéance. Il y a non seulement l'amnésie lacunaire de l'accident, chose compréhensible puisque, le plus souvent, il y a eu perte de connaissance; mais l'amnésie continue, empêchant le malade d'acquiescer à nouveau aucune notion, de se livrer même à aucune occupation suivie et l'obligeant à tout noter par écrit (2).

(1) Nous tenons à insister ici sur la fréquence de ce symptôme. Chez la plupart de nos malades, nous avons vu cet état mélancolique se surajouter aux symptômes de déficit, revêtir parfois une intensité capable de masquer cette déchéance, subir des oscillations en rapport souvent avec le milieu dans lequel se trouvent les malades et se prolonger parfois de façon inquiétante quant à leur avenir.

(2) A propos de cette amnésie traumatique, M. Vigouroux a bien voulu attirer notre attention sur une particularité touchant la mémoire des faits précédant immédiatement l'accident. Contrairement à l'opinion de nombreux auteurs sur ce point, nos constata-

A ce trouble mnésique, et confondu avec lui, s'ajoute une difficulté de l'attention qui concourt à la faiblesse de la mémoire de fixation. L'aprosexie, signalée par M. Chavigny (1), pourrait être cause, en grande partie, de cette dymnésie incohérente que présentent les malades. Tel ordre de souvenirs a disparu, telle époque de la vie leur est étrangère, sans qu'aucune raison ne justifie ces absences électives. La difficulté ou l'impossibilité de l'attention volontaire est un facteur très important dans l'évolution de ces cas, parce qu'elle entretient l'état de torpeur cérébrale des malades. L'amélioration ne peut commencer que lorsque le symptôme a diminué.

3° *Enfin, des troubles somatiques*, subjectifs et objectifs accompagnent constamment les symptômes ci-dessus décrits. Les deux principaux sont la céphalée et les étourdissements. La céphalée d'abord, qui ne manque pour ainsi dire jamais, et que les malades dépeignent avec des termes pittoresques et néanmoins assez semblables, est d'allure capricieuse, disparaissant parfois pendant des périodes de trois à quatre jours, s'exacerbant ensuite : le repos au lit, la nuit, l'apaisent quelquefois ou, au contraire, demeurent sans effet sur elle. Elle siège de préférence au front ou sur le sommet de la tête, et donne au malade l'impression du ballonnement de la masse encéphalique : « J'ai du plomb dans la tête », disent-ils, ou bien : « Il me semble que ma tête va éclater ». Lorsqu'on essaie de secouer la tête des malades entre les mains, on les sent chercher à fuir en se baissant ou à s'immobiliser par la contraction des muscles du cou, attitude qu'ils ont souvent spontanément.

Cette céphalée, exaspérée par la lecture, par la position inclinée, oblige les malades à rester de longues heures inertes et désœuvrés.

tions ont été absolument les mêmes que celles de M. Vigouroux, le commotionné a conservé la mémoire exacte de toutes les circonstances jusqu'au choc qui lui a fait perdre connaissance. Nous en avons vu qui se rappelaient le sifflement de l'obus qui les a renversés. L'amnésie traumatique ne serait donc pas aussi généralement antérograde qu'on l'admet.

(1) Chavigny. *Psychiatrie aux armées. Paris médical*, n°s 24-25, 23 octobre 1915, p. 417.

A côté de la céphalée, viennent les vertiges ou étonnements, et c'est non seulement une sensation vertigineuse, mais souvent ces malades, qui ont habituellement une démarche titubante, vont jusqu'à la chute; ou bien ils se plaignent d'éblouissements fugitifs qui leur rendent la marche pénible et font qu'ils la redoutent.

Le sommeil est toujours troublé et l'insomnie est fréquente ou, si le malade s'endort, il est agité de soubresauts, crie, se démène et finit par se réveiller hagard, affolé. Cette agitation correspond à un cauchemar terrifiant, rêve « professionnel » de guerre, variant peu et affectant l'un des trois aspects suivants : arrivée d'obus, chute dans un précipice, attaque allemande.

On observe aussi des hallucinations hypnagogiques. Ce sommeil est naturellement peu réparateur et le malade est souvent, au réveil, brisé, endolori.

Le commotionné a perdu toute résistance à la fatigue physique autant qu'intellectuelle. Il ne peut se livrer à aucun travail et la continuité d'une occupation ne demandant même aucun effort, amène tous les symptômes de la fatigue extrême ; anhélation, tremblements, douleurs dans les membres.

Cette fatigabilité excessive se manifeste encore par une diminution de l'activité sexuelle. Les malades sont affectés d'une demi-frigidité assez constante qui leur fait passer plusieurs mois sans éprouver aucun désir, alors qu'avant ils n'étaient pas ainsi.

Outre toutes les raisons énumérées plus haut, nos malades présentent un symptôme constant qui les pousse à ne rechercher aucune distraction et à aimer au contraire la solitude : c'est l'horreur du bruit. Le moindre grincement de chaise sur un parquet, l'ébranlement des murs par une porte fermée, même sans violence, éveille chez eux une série de réactions douloureuses. On dirait des tétaniques redoutant les moindres excitations et raidis contre leurs échos.

On comprendra sans peine que, dans leur état, ces malades ne redoutent rien tant que les transports : les secousses de tramways ont des retentissements douloureux dans la tête, le bruit considérable du métropolitain fait vibrer tout leur corps. Tout déplacement leur est extrêmement pénible.

A côté de ces symptômes constants et cardinaux, nous avons observé quelques troubles secondaires et variables, souvent fugaces. Notons surtout des algies; la rachialgie, particulièrement fréquente, s'accompagne parfois d'une ébauche de Kernig et donne au malade une attitude soudée. Lorsque, dans un éboulement, les blessés ont eu un membre plus fortement meurtri que l'autre, ils en souffrent plus longtemps qu'il ne serait logique, et souvent, on remarque des troubles vasomoteurs locaux.

Les réflexes ne nous ont donné aucune donnée précise, non plus que la fréquence du pouls.

Enfin, il y a presque toujours des troubles des fonctions digestives, inappétence, amaigrissement, constipation, avec même parfois des signes d'entéro-colite.

Voici, dans ses grandes lignes, le tableau tel qu'il nous est apparu, de façon la plus constante.

Il est composé d'éléments de valeur symptomatique diverse. Il est certain que, malgré notre désir d'en éliminer tout ce qui paraissait relever surtout de l'émotivité, nous n'avons pu omettre l'insomnie, par exemple, ou la peur du bruit. Il demeure néanmoins un certain nombre de signes dont la coïncidence constante a une grande importance. Nous pouvons les résumer en deux traits principaux : inhibition, diminution de l'activité sous toutes ses formes : intellectuelle, affective, physique, sans déviation des processus, ce qui différencie hautement la commotion cérébro-spinale de la démence, et symptômes physiques : céphalées, vertiges. C'est en somme le tableau du railway-spine (1). Nous n'avons pas la prétention de l'avoir inventé, mais nos constatations nous ont paru constituer une nouvelle présomption en faveur de la réalité clinique de la commotion cérébro-spinale, discutée par plusieurs auteurs. Nous avons trouvé, dans les « Névroses post-traumatiques » de J. Ronx, une description semblable à la nôtre dans la plupart de ses traits.

Au point de vue diagnostic, un seul nous paraît intéressant à faire, c'est celui de la simulation, car

(1) Erichsen. *On railway and other injuries*, London, 1866.

nous reconnaissons que tous, ou presque tous les symptômes sont subjectifs. Nous devons avouer que nous étions plutôt enclins à penser que ces malades exagéraient, au moins. Nos constatations, faites dans deux services séparés, ayant abouti à des conclusions identiques, nous sommes convaincus que ces malades valaient mieux que nos présomptions. Les simulateurs ou même les exagérateurs, comme on l'a remarqué depuis longtemps, et comme M. le professeur Dupré le rappelait ici même à la dernière séance, jouent trop bien leur rôle. Ils dépassent la mesure. Chez nos commotionnés, rien de tel. Ce ne sont pas des malades geignards et pleurards. Si on ne les interroge pas, ils ne viennent pas se plaindre spontanément. Ce ne sont pas des gens à « petits papiers » ; ils dissimulent au contraire certains troubles, et souvent, ce sont leurs familles qui nous en informent, presque incidemment. Enfin, nous connaissons le cas d'un officier de carrière dont le plus vif désir serait de retourner au front commander sa batterie et qui tente plutôt de simuler une guérison ou une amélioration que les faits démentent. Un autre de nos malades, réformé depuis trois mois, et qui revient nous voir par intervalles, ne peut se livrer à aucune occupation, alors que ses parents, industriels travaillant pour l'armée, auraient besoin de ses services et pourraient le rémunérer largement.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il ne s'agit pas de simulation et la commotion cérébro-spinale doit être aussi différenciée de la neurasthénie.

Nous avons absolument l'impression de lésions organiques, et c'était également la conclusion de J. Roux. On peut, nous semble-t-il, admettre sans difficulté l'existence de petites lésions miliaires, diffuses, s'opposant aux grandes lésions en foyer. A l'apparition de ces lésions corresponderaient les symptômes de shock du début de la commotion : aux lésions réactionnelles tardives correspondraient les phénomènes que nous avons décrits. D'ailleurs, les constatations faites dans les cas de commotion cérébrale ayant entraîné la mort autorisent parfaitement notre hypothèse. Au point de vue histologique, on a observé un piqueté hémorragique diffus avec dégénérescences cellu-

lares. On peut observer ces lésions à tous les degrés. De même, il est difficile de nier la commotion labyrinthique chez nos vertigineux. Nous concluons donc à l'existence d'un état organique (1), l'émotion seule ne peut donner ces symptômes.

Nous ne pouvons, en effet, admettre le rôle exclusif de l'émotion dans la genèse de ces accidents, comme l'ont fait plusieurs auteurs. MM. Ballet et de Fursac (2) vont jusqu'à dire « l'état commotionnel n'est qu'une émotion-choc intensifiée et fixée ». Or, tous les combattants soumis aux effrayants bombardements de cette guerre, par des obus monstrueux, sont dans un état émotionnel permanent. Nous ne trouvons cependant pas l'ensemble des symptômes de la commotion cérébro-spinale chez ceux qui n'ont pas été traumatisés physiquement, chez ceux qui n'ont pas été dans le rayon d'action de l'explosion. Mais nous admettons avec MM. Sollier et Chartier (3), que rien n'est pathognomonique dans la commotion par l'obus ; les grands traumatismes donnent les mêmes symptômes. Il est donc naturel que cette guerre de gros projectiles nous permette d'observer de nombreux cas de grands traumatismes.

L'évolution de ces troubles est assez constante. Le traumatisme qui doit donner lien à ces accidents graves et durables ne se distingue pas toujours du traumatisme dont l'évolution sera bénigne. Il y a, la plupart du temps, perte de connaissance plus ou moins prolongée,

(1) La ponction lombaire vient donner un nouvel appui à notre thèse. Nous l'avions négligée, comme la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question. Car dans toutes les observations où on avait pratiqué l'examen du liquide céphalo-rachidien, on n'y avait noté rien d'anormal. Depuis que M. Vigoroux nous a dit avoir constaté chez les commotionnés de l'hypertension et de l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, nous avons ponctionné nos malades et nous avons trouvé chez tous des modifications très manifestes de la tension et de la composition chimique, sur lesquelles nous nous proposons de revenir ultérieurement.

(2) Ballet et de Fursac. Psychoses constitutionnelles. *Paris médical*, n° 1, 1^{er} janvier 1916, p. 2.

(3) Sollier et Chartier. La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. *Paris médical*, n° 24-25, 1915, 23 octobre, p. 406.

mais la présence ou l'absence de blessure concomitante ne change pas le cycle des phénomènes.

Après un temps variable de méditation, deux à huit semaines en moyenne, alors que les phénomènes paraissent en voie de disparition, le malade accuse progressivement de la lassitude, de l'obtusion intellectuelle. C'est souvent au cours d'un congé de convalescence, donné dans un premier hôpital, que les malades se plaignent et sont envoyés dans un service neuro-psychiatrique. Lorsque les familles ont vu leurs malades aussitôt après l'accident et les revoient au moment où ils arrivent dans le service spécial, elles donnent toutes les mêmes renseignements : leur parent allait beaucoup mieux quelque temps après l'accident, puis son état s'est aggravé.

L'état stationnaire dure longtemps, car il ne faut pas se dissimuler que si le pronostic est en général favorable, l'évolution est fort longue : plusieurs années parfois dans les cas graves, et toujours plusieurs mois.

Notre opinion, sur ce point, diffère notablement de celle de quelques auteurs, en particulier M. Roussy (1), qui parle de guérison en deux ou trois jours.

Nous pensons que nous considérons deux ordres de faits différents : ou bien ces auteurs ont en vue les symptômes du début, la commotion venant de se produire — et alors nous acceptons leur opinion, mais en demandant à revoir ces malades trois ou quatre mois après, — ou bien ces auteurs envisagent les émotions simples, c'est-à-dire des pithiatiques avec toute la symptomatologie variée et capricieuse qui est leur apanage. Nous reconnaissons volontiers que le nombre de nos malades n'est pas considérable. Sur 361 malades soignés dans nos trois pavillons du service des confus, à Maison-Blanche (2), nous en avons observé 34. De plus, à des degrés divers de commotion, correspondent des délais variables de guérison, que nous avons résumés dans le tableau ci-après :

(1) Roussy et Boissac. Un centre de neurologie et de psychiatrie d'armée. *Paris médical*, 1916, n° 1, 1^{er} janvier, p. 18.

(2) Service de M. le Dr Pactet.

Guéris	3	au bout de 10 à 11 mois.
Améliorés	17	— 4 à 20 —
Stationnaires	14	— 2 à 23 —

Nos chiffres correspondent, à peu de chose près, à ceux de MM. Ballet et de Fursac.

Donc, si l'on considère strictement les commotionnés présentant au complet le tableau symptomatique décrit plus haut, nous croyons qu'on sera obligé d'admettre que ces malades sont pour longtemps indisponibles, qu'ils sont gravement diminués dans toutes leurs capacités. Beaucoup sont perdus pour l'armée.

Et nous ne parlons naturellement pas des complications tardives auxquelles peut conduire l'état commotionnel : comme la démence (1).

Ces constatations nous amènent à envisager les solutions pratiques de ces cas. Lorsque, après un séjour prolongé dans les hôpitaux, l'état demeure stationnaire, nous croyons qu'il n'y a pas intérêt à y maintenir les malades. Cette situation présente, en effet, plusieurs inconvénients : ils peuvent s'y contagionner de troubles pithiatiques, et de plus, ils forment un stock de chroniques déprimant pour les nouveaux venus, capable d'inspirer les suggestibles et leur donnant en quelque sorte une raison de ne faire aucun effort pour guérir. Le renvoi au corps est impossible. Ces malades ne pouvant y être gardés, ils seront immédiatement renvoyés sur l'hôpital.

Il reste donc deux solutions d'attente : la réforme temporaire ou l'auxiliarisation, si l'état de leurs forces le permet. Quand les ressources de la famille la rendent possible, la réforme temporaire a l'avantage de donner à ces malades le repos, la vie au grand air, le réconfort moral qui constituent une bonne thérapeutique de leur

(1) Comme nous l'avons dit au début, nous ne voulons pas entrer dans le chapitre si gros de conséquences des démences post-traumatiques : précoce, paralytique et épileptique. La critique des observations est difficile avec le peu de renseignements dont on dispose sur l'état antérieur. Néanmoins, nous avons plusieurs cas suivis de malades indemnes auparavant de tout symptôme cérébral et dont les troubles démenceux ne se sont installés que progressivement, après un temps variable, pendant lequel ces malades ne se différencient en rien des autres commotionnés.

état dépressif. Cependant, nous préférons le maintien à l'hôpital lorsque le milieu familial nous paraît susceptible d'exercer, pour une raison ou pour une autre, une mauvaise influence.

Nous pensons que quelques-uns devront bénéficier d'une réforme avec pension, car leur état sera définitif. Mais nous ne croyons pas qu'ils deviennent des revendicateurs, comme le disait M. le professeur Dupré à la Société de neurologie, ou, comme l'écrit M. Roussy (1), que ce soient des « sinistrosés de la guerre ». Notre expérience sur ce point est encore trop courte, mais à l'hôpital, tout au moins, ces malades ne nous apparaissent pas ainsi. Et s'ils deviennent ultérieurement des revendicants, nous pensons que ce sera par contagion ou éducation.

Les imbéciles à l'armée,

par MM. H. COLIN, LAUTIER et MAGNAC.

Nous avons recherché, parmi les observations de tous les militaires entrés à la section spéciale de l'Asile de Villejuif, depuis la création de celle-ci, celles des malades sur lesquels a été porté le diagnostic d'imbécillité. Nous avons trouvé, dans un total d'un millier d'observations, cinquante-trois cas où le diagnostic d'imbécillité n'était pas douteux (2).

Ces soldats, incorporés pendant un temps plus ou moins long, ont dû être évacués et dirigés sur un service de psychiatrie, soit à l'occasion d'épisodes délirants, soit parce que leur faible niveau intellectuel les a mis dans l'impossibilité d'accomplir leurs obligations militaires. Parfois, ils ne sont venus à l'Asile de Villejuif qu'après une faute lourde dans leur service ou un attentat commis sur eux ou sur leurs camarades.

Nous signalerons tout d'abord ce fait que la nouvelle

(1) *Loc. cit.*, p. 17.

(2) Consulter sur le même sujet : Lautier. Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée. Peut-on utiliser les imbéciles ? Thèse de Paris, 1916.

visite des exemptés et réformés, prescrite quelque temps après le début des hostilités, a eu pour effet d'augmenter notablement le nombre des imbéciles incorporés. En effet, sur cinquante-trois malades, près de la moitié, vingt-quatre exactement, se trouvaient au début de la guerre en état d'exemption ou de réforme. Ils ont été reconnus bons par le conseil lors de la nouvelle visite. Cette visite paraît avoir été faite par la plupart des médecins-majors avec l'intention arrêtée de n'éliminer aucun homme susceptible de rendre quelques services et la préoccupation de se défier des réformes antérieures, au risque de faire entrer dans la troupe de véritables invalides. Parmi les vingt-neuf autres malades, nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur l'existence militaire antérieure de huit d'entre eux, sept ont été incorporés pour la première fois avec leur classe, ou après ajournement, depuis la déclaration de guerre. Deux sont engagés volontaires et l'un d'eux nous a déclaré que « s'il était intelligent, il ne se serait pas engagé ». Deux autres, au contraire, n'ont pas répondu à leur ordre d'appel et la gendarmerie a dû les rechercher. Douze seulement ont fait en entier, tant bien que mal, leur service militaire; encore plusieurs ont dû, pendant ce service, être présentés au conseil de réforme, étant continuellement malades et d'une très faible utilité. Le malade Ri... a été présenté jusqu'à cinq fois au conseil de réforme.

Nous allons rechercher de quelle utilité peuvent être, sous les drapeaux, de tels individus? Ils nous paraissent toujours inutiles, souvent dangereux.

Dans la vie civile, l'imbécile ne peut pratiquer que des métiers manuels, et ceux seulement qui offrent le moins de difficultés, où aucun effort d'intelligence, aucune initiative ne sont requis. Parmi les cinquante-trois malades qui font l'objet de nos observations, la grosse majorité exerçaient le métier de cultivateur. On relève pour les autres des professions telles que : garçon de ferme ou d'écurie, camionneur, aide-maçon, fabricant de sandales, matelassier, journalier, etc...

Dans l'exercice de ces métiers simples, ils réussissent mal : leur travail est mauvais comme qualité, faible comme quantité. Souvent on ne les emploie que par

charité, pour rendre service à leur famille. En outre, ils ne savent pas régler leur vie ; il faut que quelqu'un s'en charge pour eux. Presque tous nos malades vivaient dans le milieu familial ; ils subissaient, certains, malgré leur âge avancé, la direction constante de leurs parents.

Cette inaptitude à toute œuvre difficile, cette absence d'initiative empêchent les gros débiles de s'adapter en cas de changement d'existence. Lorsque le milieu habituel, la direction quotidienne viennent à leur manquer, ils ne sont plus bons à rien. Hors de la routine d'une vie sans incident, les imbéciles sont des non-valeurs.

A la caserne, ils se trouvent en rapport constant avec des camarades souvent peu charitables, qui accablent ces déshérités de mauvaises plaisanteries, de qualifications facétieuses, de vexations de toutes sortes. A ces brimades, l'imbécile réagit selon son tempérament. Si c'est un violent, il risque d'attenter à la vie de l'un de ses persécuteurs. S'il est timide et docile, il souffre en silence et finit parfois par essayer d'échapper par le suicide à une existence intolérable.

Les ordres qu'on donne à l'imbécile ne sont pas compris, partant mal exécutés. Il commet les plus graves infractions à la discipline militaire, sans se rendre aucunement compte de l'importance de ses actes.

Tous ces inconvénients existent en temps de paix, mais la guerre augmente dans de grandes proportions la fréquence et la gravité des réactions psychopathiques des imbéciles. Parmi nos malades, nous voyons le soldat Bo... abandonner son poste en présence de l'ennemi parce qu'on a négligé de lui apporter à manger. Deux autres se rendent coupables de refus d'obéissance en présence de l'ennemi, et accompagnent ce refus d'injures à l'adresse de leurs officiers. Le malade Del..., qui présente des perversions instinctives et des impulsions violentes, menace de se servir de son fusil pour tuer les gradés. Trois imbéciles ont été évacués à l'occasion de fûques faites sans motif et sans qu'ils puissent donner aucune explication de leur conduite. Le soldat Mar... critique les ordres de ses chefs, trouve qu'on lui fait faire des exercices inutiles. Le soldat Ni... se fait faire prisonnier dans une rencontre, sans combattre. Il lève les bras et crie : « Camarades ». Revenu de capti-

tivité, il chante partout les louanges de nos ennemis, les exalte aux dépens des Français, déclare qu'il n'a eu qu'à se louer des Allemands, que pour lui ce sont des frères et que, parmi eux, ses propres compatriotes ont l'air de « cochons malades ».

Sans se rendre coupables d'infractions aussi graves à la discipline, beaucoup de nos malades se montrent d'une inutilité complète au point de vue militaire. On doit renoncer à armer plusieurs d'entre eux et on les envoie à l'Asile dès leur arrivée au dépôt. D'autres vont sur le front, mais il faut les évacuer après un séjour extrêmement court dans les tranchées. Dans une dizaine d'observations, il est signalé que le malade qui en fait l'objet était incapable de se servir de son fusil, qu'on a dû le lui enlever ou lui enlever les munitions. Dans un cas au moins, l'arme a été rendue inutilisable après que son possesseur s'en fut servi pour tirer sur ses frères d'armes, les prenant pour des Allemands. Un de nos débiles ne prenait plus la garde : on avait dû renoncer à lui confier le mot de passe qu'il oubliait régulièrement. Un autre s'égare et ne retrouve plus son régiment ; un autre encore perd son fusil et tout son équipement.

Supprimé par la Censure.

A l'asile, le soldat Ber... a fait une tentative de suicide parce qu'on voulait le changer de quartier. D'autres imbéciles ont eu des disputes et des rixes avec d'autres aliénés et avec les gardiens.

Mar... veut faire preuve d'initiative. Trouvant que la guerre dure trop longtemps, il tente de prendre le commandement de sa compagnie et de l'entraîner sus à l'ennemi « pour en finir d'une manière ou d'une autre ». De même, Ber... se vante d'avoir une fois commandé

sa compagnie et de lui avoir fait faire halte malgré les officiers.

Sur le front, les débiles manifestent souvent une peur intense, qui leur coupe bras et jambes, et détermine parfois une diarrhée émotive qui dure tant qu'ils sont en première ligne. Ils ne manifestent aucune honte en signalant cette peur.

Les imbéciles nous paraissent donc devoir être écartés du service armé. Ils ne nous semblent pas aptes non plus au service auxiliaire. Ils y auront moins d'occasions de manifester leurs réactions psychopathiques et celles-ci offriront des dangers moins considérables. A l'arrière, les imbéciles n'auront pas à utiliser leurs armes; les manquements à l'obéissance et à la discipline n'auront pas la même gravité. Mais ils se trouveront toujours en rapport avec des camarades dépourvus de bienveillance, sous les ordres d'officiers souvent irrités par leur stupidité et leur orgueil. Enfin, les services qu'ils pourront rendre ne seront nullement en proportion avec les difficultés de la surveillance qu'ils exigeront et avec les risques d'attentats contre lesquels il faudra se prémunir. Le seul endroit où les imbéciles puissent être utilisés, fournir un travail de quelque rendement, c'est le milieu où ils ont habituellement vécu, où ils trouvent une direction avertie et incessante. Au moment où toutes les professions manquent de main-d'œuvre, on ne doit pas enlever ces gros débiles au milieu familial, le seul où leur action peut être véritablement productive.

Il serait à souhaiter que les officiers et les médecins militaires soient pénétrés de l'idée que des individus, affligés d'une arriération mentale par trop accentuée ne sont pas aptes à faire des soldats et qu'on doit les éliminer de l'armée, et à souhaiter également que les maires de leurs communes signalent au conseil de revision les hommes notoirement connus comme d'intelligence médiocre, et les hommes ayant subi des condamnations ou des internements. De semblables antécédents se rencontrent en effet, dans vingt-sept de nos observations, sur cinquante-trois.

Communication de M. le D^r Colin
supprimée par la Censure.

DISCUSSION

M. PACTET signale, à propos de la communication de M. Colin, qu'il a reçu dans son service un officier d'administration, paralytique général depuis plusieurs années vraisemblablement.

Plusieurs membres de la Société, et notamment MM. Briand, Vigouroux et Pactet, rappellent alors le vœu déjà émis par la Société, et relatif à l'utilisation des compétences médicales.

M. HAURY donne, à ce propos, lecture d'un extrait du rapport de M. le D^r Ladame, de Genève, sur l'établissement de Solenre, où apparaissent les importants services que peuvent rendre, au point de vue de l'armée, des sections d'hôpital, spéciales et dirigées par des médecins aliénistes compétents.

M. ARNAUD émet quelques doutes sur la manière dont pourront être désignées ces compétences, et il appuie son opinion sur un fait récent particulièrement typique.

A la suite de ces échanges de vue, la Société vote le vœu suivant qui est voté à l'unanimité des membres présents et qu'elle charge son Bureau de présenter à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.

« La Société médico-psychologique, considérant le nombre des militaires ayant, depuis le début des hostilités, nécessité des examens ou des soins pour affections mentales;

« Considérant que ces examens seraient plus rapides et peut-être plus efficaces dans leurs conséquences, et que la durée de certaines de ces affections mentales pourrait être très abrégée, si dans chaque cas les sujets étaient soumis dans le plus bref délai à une observation et à un traitement appropriés, dirigés par des médecins aliénistes qualifiés;

« Considérant que cette pratique aurait notamment

pour effet de diminuer dans des proportions appréciables les charges de l'Etat et, soit de récupérer plus vite un plus grand nombre de combattants, soit de débarrasser promptement l'armée de non-valeurs toujours encombrantes et dispendieuses, quelquefois nuisibles ;

« Emet le vœu :

« Que, d'une part, des centres psychiatriques distincts, dirigés par des médecins aliénistes qualifiés, soient créés dans chacune des régions de corps d'armée, ainsi que cela a été fait pour l'observation et le traitement des affections nerveuses ; et que, d'autre part, les médecins-aliénistes mobilisés soient utilisés d'après leur compétence spéciale. »

Note sur deux cas de déments précoces à l'armée,

Par MM. BONHOMME et NORDMAN,
Médecins aides-majors.

Nous ne voulons pas, dans cette courte note, revenir sur la question bien connue des déments précoces dans l'armée. Mais nous désirons simplement présenter à la Société des cas curieux, observés dans le service des confus (1) à Maison-Blanche et sur l'état antérieur desquels nous avons pu avoir quelques renseignements. Il s'agit d'individus rentrant maintenant manifestement dans le cadre de la démence précoce et déjà soignés ou internés, même avant la guerre ; ils ont fourni néanmoins quelque temps de service militaire honorable. Nous en rapportons deux cas caractéristiques.

OBS. I. — Ch... (Achille), vingt et un ans.

Antécédents. — Une sœur nerveuse. Père a fait quelques excès alcooliques. Intelligent. Fut bon élève. Certificat d'études à douze ans, avec prix d'honneur. Gentil, travailleur, affectueux, gagnait 7 francs par jour comme ouvrier maçon et rapportait tout son argent à sa famille. Le dimanche, faisait la cuisine pour que sa mère puisse se reposer.

Pas de maladies infectieuses.

(1) Service de M. le Dr Pactet.

Avant son incorporation. — A l'âge de dix-huit ans, période de dépression durant quinze jours, pendant laquelle s'alimentait peu et parlait peu. Restait chez lui et pendant ces quinze jours s'occupait de l'intérieur. Puis reprit son travail habituel, complètement guéri, disent les parents.

En juillet 1914, nouvel accès dépressif. Pendant quatre semaines refuse de travailler, de manger. Soigné chez lui. Puis aurait repris ses occupations.

Mobilisé en décembre 1914.

Lors de son incorporation au 20^e bataillon de chasseurs à pied, était gai, bien disposé. Reste à son dépôt jusqu'au 18 mai, faisant bien son service. Pas de punition.

Semble être resté au front huit semaines. La dernière lettre écrite à sa famille date du milieu de juillet et n'est pas mal tournée.

Fin juillet, lors d'un assaut, il reste dans la tranchée, puis se sauve à travers champs. Ramené, puni d'abord, il est évacué ensuite sur Dury-lès-Amiens.

Il nous a été envoyé de Dury, le 21 février, avec le diagnostic de « Psychopathie ». Nous n'avons aucun renseignement précis ni sur sa conduite à l'avant, ni sur son séjour à Dury. La famille nous a simplement dit que — d'après des camarades — il avait bien fait son service jusqu'à fin juillet.

Nous avons écrit à son corps, mais n'avons pu obtenir aucun détail. Néanmoins, il semble avéré que, de décembre 1914 à fin juillet 1915, Ch... a rempli ses obligations militaires sans se faire punir, sans se laisser considérer comme un malade.

Dès son entrée à Maison-Blanche, nous pensons au diagnostic de démence précoce.

Il ne s'intéresse à rien, rit béatement sans motif, garde des attitudes stéréotypées, se tient mal à table, va souvent se coucher par terre. Néanmoins, en raison de quelques vagues idées de culpabilité (il se reproche de ne pas avoir été un bon soldat, d'avoir ennuyé ses camarades), en raison aussi de sa tête de dégénéré (gros crâne, face prognathe, voûte ogivale), on doit songer à la possibilité d'accès périodiques à teinte mélancolique.

Mais un séjour de cinq mois dans le service est venu confirmer notre première impression et nous faire affirmer le diagnostic de démence précoce, en dépit de l'allure intermittente du début.

Ch... a toujours montré une indifférence émotive absolue. Il ne s'intéresse nullement aux événements militaires, ne demande jamais de nouvelles de ses proches, quand on vient le voir. Il rit souvent et sans motif, s'écorche à chaque instant la figure. Il présente des impulsions motrices fréquentes, se met brusquement à courir en traînant derrière lui soit un bâton, soit une ficelle.

Aucune amélioration ne s'est produite depuis l'entrée, aucune rémission n'a été constatée dans le service.

En somme, Ch... semble avoir eu, en 1913 et en juillet 1914, des périodes de dépression ayant duré chacune quatre semaines environ et n'ayant, aux yeux de la famille, laissé aucun reliquat.

Il a rempli ses obligations militaires de décembre 1914 à juillet 1915. Il présente actuellement une démence précoce typique.

OBS. II. — Coup... (Joseph), vingt-deux ans.

Antécédents. — Mère internée.

Lui-même bon élève jusqu'à dix-sept ans. Au moment de préparer son baccalauréat est obligé d'abandonner ses études. Comme sa famille est riche, on l'a fait voyager. L'indifférence émotionnelle, l'inaffectivité sont très vite remarqués par l'entourage. Cependant, aucun symptôme grave jusqu'en 1913. Alors, il devient indifférent à tout, ne fait plus spontanément aucun acte. On l'envoie dans une maison de santé des environs de Paris, il y reste d'avril à novembre 1913, mais peut en sortir et va à Pau villégiaturer.

C'est là qu'a lieu un premier conseil de revision où il est ajourné en avril 1914. Mais l'amélioration se poursuit, et quelque temps après la déclaration de guerre, le 17 décembre 1914, il est incorporé au 50^e d'infanterie, à Périgueux : il était gai et plein d'entrain.

Il fait ses classes militaires sans difficulté — il était même un bon tireur — passe au 63^e régiment d'infanterie, fin août 1915, et part au front quelques jours après.

Nous n'avons naturellement aucun renseignement sur les conditions de son séjour dans les tranchées. Cependant, d'après les lettres qu'il écrivait alors, on peut supposer qu'il s'y est comporté normalement et n'a pas été puni.

Il y est demeuré à peu près sept à huit semaines — de septembre à novembre — soit en tout onze mois de service.

A ce moment, il a été évacué pour troubles gastro-entériques (?). Il nous est envoyé d'Amiens (Dury) avec une observation détaillée du D^r de Lépinay notant qu'il y était arrivé dans « un état de confusion mentale très marquée ».

Voilà neuf mois qu'il est soigné et quatre que nous l'observons. Il est dans le même état de confusion, désorienté, indifférent. Il ne fait rien, reste dans la même position des heures entières et présente des attitudes stéréotypées. Cette atonie est entrecoupée de brusques impulsions. Il a dernièrement brisé sa montre en la jetant violemment par terre.

Le diagnostic de démence précoce que portait déjà M. de Lépinay semble s'imposer.

Faut-il considérer ces malades comme incorporés pendant la période prodromique de leur affection? Tel nous paraît avoir été le cas du dément précoce engagé volontaire qu'a rapporté M. Haury (1). Mais, pour au moins l'un des nôtres, nous croyons que cette période de symptômes flous était dépassée. Coup... a été considéré, dès avant la guerre, comme dément précoce. Il est vraiment curieux qu'il ait pu satisfaire pendant si longtemps aux exigences militaires, la discipline ne faisant pas précisément le fonds du dément précoce.

Nous pensons plutôt qu'il faut songer, pour interpréter ces faits, — et quelques autres, — aux rémissions dans la démence précoce; on en a signalé de fort longues. C'est l'hypothèse qui nous paraît la plus vraisemblable. Car nous hésitons, avec Masselon, Courbon (2) et d'autres auteurs, à admettre ces psychoses associées et à voir une intrication de la psychose périodique et de la démence précoce : la loi du rythme est si générale qu'il semble naturel de la retrouver dans l'évolution même de la démence précoce.

Un cas d'hallucinose,

Par MM. NORDMAN et BONHOMME, Aides-majors.

L'observation que nous rapportons aujourd'hui a trait à un malade que nous avons convoqué et qui, au dernier moment, n'a pu venir se présenter devant vous. Ce cas — bien qu'il n'ait été suivi que sur un intervalle de quatorze mois — se rattache au syndrome de l'hallucinosse chronique — si on donne à l'hallucinosse le sens proposé par le professeur Dupré (3) — si on le limite

(1) M. Haury. Un dément précoce engagé volontaire. Congrès des aliénistes et neurologistes, 1913, et *Revue de Médecine*, 1915.

(2) P. Courbon. Démence précoce et psychose maniaque dépressive. *Encéphale*, 1913, n° 5, 10 mars, p. 435.

(3) Dupré et Gellimna. *Soc. de Psychiatrie*, 16 février 1911. — Dupré et Colir. *Soc. de Psychiatrie*, 15 juin 1911.

à des troubles purement ou presque purement hallucinatoires. Voici notre observation :

Max R..., trente-deux ans, marchand de tableaux, a une hérédité chargée. Sa mère est excentrique et prend des crises nerveuses. Son père s'est suicidé à l'âge de trente ans. Lui-même a été soigné avant la guerre, pour des troubles nerveux. Il avait en 1910 de la paralysie passagère des jambes; en 1911, une période de dépression sans la moindre hallucination, pendant laquelle il se retire à la campagne pendant plus d'un an. Un certificat du D^r Janet, qui l'a soigné à de multiples reprises, signale que depuis sa jeunesse il a présenté « des troubles mentaux avec crises de doute, d'indécision, de dépression mentale de plusieurs mois, des amnésies complètes, portant sur quelques heures et une fois sur une période de quinze jours — des périodes assez fréquentes d'agitation ou de mélancolie ».

En 1912, il prend un commerce de tableaux qu'il dirige avec sa femme. Il témoigne d'un sens critique assez sûr — achète lui-même ses toiles en ne se basant que sur son propre goût — mais laisse à sa femme les soins de la correspondance, qu'il a peine à faire. Il fait assez bien ses affaires quand la guerre éclate.

La déclaration des hostilités ne le préoccupe pas. Il part bravement dès les premiers jours, écrit assez régulièrement des lettres pleines d'entrain, dont nous avons pu voir quelques-unes.

Il est évacué en avril 1915 de la région des Eparges, avec le diagnostic de : Troubles mentaux avec confusion. Il raconte que quelques jours avant de tomber malade, il fut très émotionné par la mort d'un camarade dont « les éclats de cervelle l'auraient éclaboussé ». Le 6 août, il est examiné par la Commission spéciale de convalescence et on note qu'il est atteint de dépression mentale. Le 3 septembre, on l'envoie à la Salpêtrière. Deux certificats datés de ce jour notent de la dépression mélancolique et des hallucinations.

Le 7 septembre, R... entre à Ville-Evrard, d'où il fut dirigé ensuite sur Maison-Blanche. Il aura immédiatement des hallucinations. « Je vois du sang partout — des personnages qui dansent », note l'observation — se montre inquiet, très impressionnable.

Nous le voyons, pour la première fois, au début de janvier 1916. Il est alors très halluciné. Il voit des hommes décharnés, des fantômes qui disparaissent quand il approche. Il entend des voix fortes d'hommes qui l'interpellent, le réprimandent, lui reprochent sa conduite. Il se promène toute la journée, à grands pas, dans la cour du quartier, fait de grands

gestes, discute avec ses voix, ne porte jamais de képi, l'air lui faisant du bien, dit-il.

Nous l'avons gardé à l'hôpital jusqu'au 1^{er} avril, date où il a été réformé. Pendant toute cette période, il a présenté des hallucinations qui ont revêtu progressivement le caractère obsédant—les hallucinations d'abord visuelles et auditives sont devenues, au bout de quelque temps, exclusivement auditives. Ces sont des voix fortes, lointaines, inconnues, venant toujours du côté gauche, qui lui font toujours des reproches : « Tu ne seras jamais bon à rien, tu n'es bon qu'à te jeter à l'eau, tu es trop vieux maintenant pour réussir. » Au début, ces voix ne l'inquiétaient pas beaucoup — lui laissaient des périodes de tranquillité où il pouvait lire, causer un peu avec les camarades. Mais bientôt, les hallucinations disparues, le malade y songe encore, en reste tout imprégné d'abord, obsédé ensuite. « C'est plus qu'une voix, nous dit-il le 15 mars. C'est une volonté qui m'étreint, s'oppose à ma volonté. C'est une lutte très dure et, une fois terminée, j'ai peur qu'elle recommence. » Le malade, en effet, a toujours essayé de réagir contre ses voix. « Elles me donnent, par moments, l'idée du suicide, mais je m'en sortirai, j'ai l'avenir devant moi et je ne veux pas me tuer. »

Il cherche à se rendre compte de l'origine de ses hallucinations. « Elles ne peuvent venir de moi-même, puisque je ne peux les faire taire. Elles ont une âpreté inconnue. Je ne sais pas ce qu'elles sont, mais je crois à l'irréel », et il ne va pas plus loin dans son analyse.

Il ne manifeste ni idée de suicide, ni idée d'auto-accusation, se reproche seulement de manquer de volonté. Il ne semble nullement inquiet pour l'avenir, a l'impression que son état est maladif et qu'il guérira. Malgré une incompatibilité absolue d'humeur avec sa mère, avec laquelle il a eu autrefois des discussions d'intérêt, malgré les ennuis qu'il aurait eu à subir de la part du second mari de celle-ci, remariée depuis plusieurs années, il n'a jamais manifesté la moindre idée de persécution. « Je n'en veux pas à ces gens-là, dit-il toujours. Ils n'ont qu'à ne pas s'occuper de moi. Je pense m'arranger sans eux et puis je ne suis pas à plaindre. Combien se sont fait tuer ! » Il se montre dans le service d'une politesse extrême, manifeste de la reconnaissance quand on s'occupe de lui. Il témoigne d'un profond amour pour sa femme. « Comment pourrai-je lui rendre tout ce qu'elle a fait pour moi ? » dit-il souvent.

R... quitte donc le service le 1^{er} avril. Nous l'avons revu à deux reprises depuis lors, la dernière fois, il y a un mois et demi. Nous l'avons trouvé fortement amélioré bien que ses discussions d'intérêt ne soient point encore définitivement réglées. Aucune idée de persécution. Toujours la même confiance dans l'avenir,

la même reconnaissance pour le dévouement de sa femme. Les hallucinations sont devenues plus espacées et moins obsédantes, ses voix lui font toujours des reproches, mais il discute avec elles. Il a pu s'occuper, par intervalles, de ses affaires, acheter et vendre des tableaux. Il ne s'est point isolé, a retrouvé ses amis, et a eu auprès d'eux un grand réconfort, dit-il.

En somme, R... n'est pas encore guéri. Nous ne savons ce que lui réserve l'avenir. Nous ne pouvons affirmer que dans des années, il ne versera pas dans la psychose hallucinatoire chronique; mais il est indéniable que malgré la persistance de ses hallucinations depuis plus d'un an, il ne s'est encore installé aucune idée de persécution à l'heure actuelle et que les troubles mentaux ont tendance à s'atténuer progressivement.

Il s'agit donc chez lui d'un trouble mental essentiellement caractérisé par des hallucinations, surtout auditives, sans idées délirantes abstraites, sans réactions de persécution ou de mélancolique, sans affaiblissement intellectuel.

Nous pouvons donc facilement éliminer chez lui le diagnostic de démence paranoïde. Nous ne pouvons songer non plus à la lypémanie, les hallucinations persistantes ne se voyant guère que dans la mélancolie délirante. Et puis notre malade n'a ni tristesse profonde, ni concentration pénible de l'esprit; il cause volontiers, se livre très facilement au médecin. Nous ne parlerons pas davantage d'obsessions hallucinatoires, puisque l'obsession n'est apparue que secondairement. R... est certainement un psychasthénique au sens de Janet, douteur, aboulique. Mais le mot de psychasthénie — à compréhension si vaste — ne suffit pas à lui seul à expliquer les phénomènes actuels. Ceux-ci sont surajoutés à la psychasthénie et ont été déclanchés sous l'influence ou à l'occasion d'épisodes terrifiants du champ de bataille.

Notre observation doit donc rentrer dans le cadre du syndrome de l'hallucinoïse, car sous cette épithète doivent être classés actuellement tous les cas, assez différents d'ailleurs les uns des autres, d'hallucinations persistantes avec minimum d'interprétations délirantes, sans tendance à l'ébauche d'un système délirant.

Que certains de ces malades versent parfois dans la

psychose hallucinatoire chronique — ainsi que ceux de Boudon et Kahn (1), de Dupré et Colin (2) — c'est possible et n'a rien d'étonnant, étant donné d'une part le caractère paranoïaque de beaucoup de sujets, d'autre part le caractère pénible d'hallucinations qui se répètent. Néanmoins, chez certains malades comme le nôtre, n'ayant nullement la constitution paranoïaque, on conçoit que les hallucinations même longtemps persistantes ne doivent pas acheminer vers le délire ou l'interprétation morbide. D'ailleurs les observations de Wallon et Bessière (3), celle de Cotard rapportée par M. Chaslin (4) dans son *Traité*, en sont une preuve péremptoire. Et puis, même dans les cas où les malades entrent dans la psychose hallucinatoire chronique par une longue période de troubles hallucinatoires purs, ne peut-on parler de faits spéciaux, à séparer des autres où la méfiance, l'hypocondrie morale, les interprétations morbides sont à la base même de l'affection ?

Nous voudrions encore faire remarquer que notre malade, comme ceux de Seglas (5), tout en ne reconnaissant pas le caractère subjectif de ses hallucinations (il croit à une influence extérieure, surnaturelle), a néanmoins le sentiment de quelque chose d'anormal, de maladif dans son état qu'il arrivera, croit-il, à vaincre. Il y a là encore quelque chose de bien différent de ce qu'on voit dans la psychose hallucinatoire chronique, où le malade ne met jamais longtemps en doute l'extériorisation de ses hallucinations.

(1) Boudon et Kahn. *Soc. de Psychiatrie*, 16 novembre 1912.

(2) Dupré et Colin. *Soc. de Psychiatrie*, 15 juin 1911. Nous pouvons également rapporter l'observation publiée par l'un de nous sous un titre différent, observation dans laquelle les hallucinations à type obsédant sont restées à l'état à peu près pur pendant vingt ans. — Truelle et Bonhomme. *Soc. clin. de méd. mentale*, 21 mars 1910.

(3) Wallon et Bessière. *Encéphale*, 1912.

(4) Chaslin. *Sémiologie et clinique mentales*. Chez Asselin-Houzeau, 1912.

(5) Seglas. *Soc. de Psychiatrie*, 16 février 1911.

DISCUSSION

M. CHASLIN. — On peut se demander, en présence de l'évolution de cette affection et de l'amélioration qui paraît se produire lentement, s'il ne s'agit pas là d'un reliquat de rêve confusionnel, ainsi que j'en ai vu des exemples.

M. ARNAUD. — Il n'est pas absolument rare de voir des obsédés, et plus précisément des scrupuleux, des douteurs, qui restent très longtemps hallucinés sans construire véritablement des interprétations délirantes sur leurs troubles psycho-sensoriels, et qui peuvent d'ailleurs guérir après un temps parfois assez long.

La séance est ouverte à 6 heures.

Le Secrétaire de la séance,

D^r TRUELLE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio de Antropologia criminale psichiatria e medicina legale (1).

ANNÉE 1912.

XIV. — *L'accroissement des délits et l'adoucissement des peines selon C. Lombroso*; par le Dr G. Lombroso (numéro de septembre). — Les délits augmentent, comme l'avait prévu C. Lombroso, en France, en Italie, dans les deux Amériques. C'est ce qui ressort du discours de rentrée du procureur général Loubat, de la Cour de Lyon. On peut l'attribuer, avec ce haut magistrat, à la réduction des peines, à la libération conditionnelle, aux réhabilitations et aux amnisties devenues trop fréquentes. Les circonstances atténuantes sont admises dans 87 p. 100 des cas de vol même pour les récidivistes, dans 96 p. 100 des cas de vagabondage, dans 99 p. 100 des cas de mendicité. La loi Bérenger est appliquée dans 40 p. 100 des cas au lieu de 12 p. 100, il y a quelques années; les relégués, qui étaient de 1.734 en 1884, ne sont plus que 432 en 1909. Il en est de même en Italie depuis l'application du nouveau Code pénal de 1888. Aux États-Unis, les détenus ne travaillent plus que six à sept heures par jour; il y a dans les prisons jeux de foot-ball, cures de massage et de gymnastique médicale. Lombroso avait prévu, dès 1888, que tous ces adoucissements, toutes ces diminutions de la pénalité, restreindraient la résistance des cerveaux débiles et peu doués au point de vue éthique. La crainte de la peine capitale a été, dans bien des affaires criminelles, un réel épouvantail pour les auteurs; il a montré que l'esprit d'imitation ne peut être combattu que par la crainte d'un châtimement sévère et insista sur la recrudescence

(1) *Suite et fin.* Voir les *Annales* de juillet-août 1916.

des délits qu'il y eut en Italie après l'amnistie inconsidérée de Mancini. La liberté rendue trop facilement aux récidivistes les plus dangereux déprave les honnêtes gens. C. Lombroso préférerait, à la prison, école du délinquant, l'amende et surtout l'indemnité à la victime et la consignation à domicile. Il reconnaît que dans les pays germaniques, la Suisse, la Norvège, l'Allemagne, le respect de l'autorité est plus grand que chez nous autres Latins. Il a aussi constaté que rien n'est plus faux que la théorie que nous appelons en France la correctionnalisation des crimes, par exemple, lorsque l'on étiquette coups et blessures ayant occasionné la mort, sans intention de la donner, un véritable assassinat, aussi bien qu'on appelle tentative un crime qui n'a manqué que grâce à une circonstance fortuite. La récidive n'est pas, selon Lombroso, une circonstance aggravante. Celui qui pratique plusieurs genres de vols est plus dangereux, tel Lacenaire, que le spécialiste d'un seul genre. C'est psychologiquement que l'on doit établir la gravité d'un fait criminel et non pas par les faits extérieurs. En somme, Lombroso s'élève contre la libération conditionnelle, les amnisties trop fréquentes, le droit de grâce, tous prétextes à diminuer la répression que la société doit exercer sans sensiblerie sur ses éléments indésirables.

XV. — *Le brigand Salomon*; par le Dr L. Tarelli, avocat (numéro de septembre). — Cette cause célèbre jette un jour singulier sur les agissements de certains politiciens italiens et nous rappelle les scandales des élections siciliennes. Ce Salomon était dans l'origine un exalté d'origine rurale ayant beaucoup de faconde et une petite instruction : il se mêla à la politique de la province de Caltanissetta, son pays d'origine. Il est athée, formule des doctrines religieuses qui manquent de clarté et professe le plus profond dédain pour l'anthropologie criminelle. Il vécut honnête jusqu'en 1892 : à ce moment, sur de faux témoignages de ses adversaires politiques, il fut condamné par la cour d'assises de la Caltanissetta à dix ans de travaux forcés pour vol au préjudice de deux poissonniers. Après trois revisions successives il est déclaré innocent et remis en liberté ; on l'avait même accusé d'inceste sur la personne de sa sœur, mais il fut relaxé faute de preuves. A sa sortie de prison, il trouve morte sa mère qu'il adorait, sa fiancée est devenue la maîtresse d'un de ses ennemis. C'est alors qu'il se fait brigand et qu'il tue son principal antagoniste, le maire de Giordano, qu'il parcourt les provinces de Caltanissetta, de Girgente, de Palerme, où il se

livre à de sanglantes vendetta : il devient le compagnon du bandit Mulone et se rend redoutable par ses extorsions et ses rapines. Il est arrêté, traduit en justice et condamné. Physiquement, Salomon porte beau avec sa barbe châtain et ses yeux bleus, il parle bien, il écrit dans un style emphatique et quelque peu désordonné, au roi et au pape qu'il a félicité de son avènement, il a même fait quelques drames, dont un sur la Maffia, il a rédigé des mémoires pour se disculper, il plaide pour lui-même devant la cour d'assises, il ose même tenir tête au procureur général qui requiert contre lui. Évidemment toutes ces œuvres n'ont pas grande valeur et rappellent les élucubrations de Lacenaire ou de Raymond la Science. Il a dédié des exemplaires de ces écrits à son défenseur Tarelli et même au président des assises devant lesquelles il a comparu. Citons cet échantillon de son style : « Je dédie, avec cœur, au jeune sympathique et zélé avocat A. Tarelli, anthropologue criminel, ce travail qui, malgré sa modestie, m'a coûté beaucoup de privations, de fatigues et de grandes douleurs, sûr que je suis que ce distingué avocat l'acceptera avec le même plaisir que je le lui offre. »

XVI. — *Démence paranoïde avec idéographisme intéressant. Note clinique*; par le Dr A. Zilocchi (numéro de septembre). — Une femme de trente ans avait eu de nombreuses ménorrhagies, de l'anémie avec bronchite tuberculeuse; son caractère change, elle perd le sommeil et a des hallucinations à type religieux qui déterminent de la sitiophobie : elle se voyait soulevée de terre, entourée de flammes et éprouva même des hallucinations verbales motrices obsessives qui la rendirent anxieuse, elle se disait blessée dans la poitrine par certains animaux, la pulsation de ses artères qu'elle percevait était prise par elle pour le mouvement d'animaux étranges munis de nombreuses pattes. Elle meurt au bout de onze mois. On peut donc porter le diagnostic de paranoïa fantastique (démence paranoïde) d'origine tuberculeuse. A l'examen histologique on constata, par la méthode de Nissl, des lésions étendues de la région préfrontale du cortex, et même des nerfs périphériques et du sympathique. Les délires de ce genre ne sont point rares dans la bacillose.

XVII. — *Sur l'état mental de la comtesse Aurelia Gentile de Ravillone. Rapport médico-légal*; par le professeur L. Luciani (numéros de septembre et novembre 1912, janvier 1913). — La vieille comtesse, âgée de soixante-dix-sept ans, avait

fait écrire, sous sa dictée, un testament par une personne de confiance et l'avait signé; puis, plus tard, elle-même avait écrit un codicille de sa main. Ce testament fut attaqué par l'héritière naturelle la plus proche qui arguait que la comtesse n'était pas saine d'esprit au moment où elle avait dicté ce testament. Une première expertise de Brugia, Marro et Morselli donna un avis favorable aux prétentions de la demanderesse. Mais une contre-expertise extra-judiciaire de Mingazzini et Tamburini conclut en sens contraire, se basant sur une consultation écrite de Maggioli, médecin ordinaire de la comtesse et du professeur Penzetti. Enfin, on demanda une troisième expertise à Luciani Bianchi et Queirolo. Des lettres écrites antérieurement à la date du testament, remises aux experts, indiquent des troubles du graphisme, omissions, redoublements de lettres, confusion de mots, fautes d'orthographe, etc., ce qui indique tout au plus l'involution sénile des facultés normales pour l'âge. Le testament ne serait pas de 1895, mais de 1897 : à cette époque l'un des légataires de la comtesse, son frère Tarquinio, qu'elle considérait comme vivant, était mort, elle en avait eu connaissance; mais le testament de 1897 est-il ou non une simple copie de celui de 1895 ou la comtesse avait-elle oublié la mort de son frère? Y avait-il eu simple erreur de la copiste? Cet oubli, s'il est réel, suffit, au sens de la loi italienne, pour entraîner l'annulation du testament. Le codicille renferme encore plus de troubles du graphisme, mais il ne contient la preuve d'aucune idée délirante, d'aucun empêchement de formuler sa libre volonté; en somme il est subnormal. C'est donc aux magistrats et non aux psychiatres qui doivent indiquer la valeur que l'on doit attacher au testament. La comtesse était atteinte d'artériosclérose encéphalique à marche progressive lente avec crises épileptiformes et apoplectiformes.

XVIII. — *Société de médecine légale de Rome. Séance des 15 et 31 mai 1912* (numéro de novembre). — Le professeur Ottolenghi examine la question de savoir si la sinistrose est un accident au sens légal du mot. Il admet, avec Brissaud, que la sinistrose est un état résultant non de l'accident lui-même, mais d'une opinion erronée sur l'accident : que l'on doit au malade une indemnité. C'est donc une complication en rapport direct de causalité avec l'accident lui-même. Bernacchi croit que la sinistrose doit seulement ouvrir des droits à une indemnité de convalescence non permanente — Viviani constate dans le tiers environ des cas d'épileptiques, morts en

état de mal, la flexion forcée du pouce recouvert par les autres doigts et en flexion palmaire exagérée. Ce signe, déjà signalé par Paravicini, pourrait avoir une certaine valeur pour le diagnostic des causes de mort subite.—Anselmi étudie les proportions et les asymétries cranio-faciales chez les élèves des écoles en rapport avec leur développement intellectuel. Il a étudié par la méthode d'Ottolenghi 130 élèves des écoles publiques élémentaires de Rome, 83 garçons et 67 filles de cinq à treize ans. Les asymétries et les disproportions antieurythmiques sont plus fréquentes chez les indisciplinés et les retardataires que chez les normaux. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Martin, de Lyon, et Bertillon.

XIX. — *Mariage annulé pour impotence physiologique*; par X... (numéro de décembre). — Une femme éprouva, dès son voyage de noce, une insurmontable répugnance pour l'acte sexuel telle qu'à la seule idée elle poussait de véritables hurlements. A la suite de cela elle retourna dans sa famille. L'expert professeur Tommasio déclara qu'il s'agissait là d'un véritable état psychopathique et général constituant une impuissance physiologique manifeste, et par conséquent qu'il y avait lieu d'appliquer l'art. 107 du Code civil italien et de prononcer l'annulation, ce que fit le tribunal.

XX. — *Le musée criminologique du manicomio d'Alexandrie. Note résumée*; par le Dr L. Maragnani (numéro de novembre). — Ce musée, commencé en 1879 par Roncone, continué par Frigerio, contient près de trois cents crânes, dont trente-trois crânes de criminels. On trouve chez ces criminels la plupart des signes décrits classiquement en Italie. L'asymétrie cranio-faciale, la présence de l'os interpariétal, de la fossette torculaire, de la fossette vermiennne, la duplicité du trou condylien antérieur (l'auteur admet pour ce dernier la théorie de Le Double de Tours, ossification du prolongement de la dure-mère qui sépare le grand hypoglosse de l'artère et de la veine), l'éminence accessoire de Kalenter, du développement anormal des arcades sourcilières, présence d'un canal frontal médian ou latéral externe, d'un sillon surfrontal, d'un os bregmatique, de la suture métopique, d'une crête frontale interne sur l'os maxillo-naso-lacrymo-frontal de Le Double, d'un os éthmoïdo-lingual. La segmentation multiple de la lame papyracée, la soudure des apophyses clinoides avec les muqueuses ou entre elles, une largeur anormale de l'aile ptérygoïdienne externe, le développement anormal du tubercule épineux des grandes ailes

du sphénoïde, d'un processus frontal du temporal, d'un tubercule post-glenoïdien. Duplicité du trou mastoïdien, ossification et développement anormal de l'apophyse styloïde, prognathisme de la mâchoire. La division des os nasaux, la présence des prélacrymaux, la duplicité du trou sous-orbitaire, présence d'un canal pronasal, suture basilaire de la branche montante du maxillaire supérieur, suture incisive, suture palatine longitudinale latérale, os interpalatin, voûte palatine ogivale, etc. Les anomalies à caractère régressif sont plus fréquentes chez les criminels, telle la fossette vermienne, duplicité, de la ligne temporale, développement exagéré des arcades sourcilières. Certaines anomalies sont plus fréquentes chez les criminels et les épileptiques que chez les aliénés. Il n'existe pas en général de prédominance des signes réversifs chez les criminels par rapport aux autres dégénérés. Les crânes des aliénés ont généralement plus d'anomalies que ceux des normaux.

XXI. — *Notes morphologiques sur le crâne et sur le cerveau d'un microcéphale*; par le D^r Sergio Sergi (numéro de novembre). — L'étude des coupes sériées macroscopiques indique l'existence d'anomalités dans la structure de ce cerveau, mais aucune d'elles ne rappelle la disposition pithécoïde, elles rappellent au contraire très exactement la composition fœtale surtout dans les rapports du lobe frontal et du lobe temporal. L'extension considérable des cornes occipitale et temporale est un résidu d'un état pathologique embryonnaire (hydrocéphalie).

XXII. — *Maïs et pellagre*; par le D^r Audenino (numéro de novembre). — Audenino, maintient l'opinion de son maître Lombroso sur l'origine maïdique de la pellagre. Pour Lombroso le maïs même sain, employé comme nourriture exclusive, peut occasionner la pellagre, à plus forte raison le maïs, avarié. L'auteur a étudié les conséquences d'une alimentation maïdique exclusive chez des animaux herbivores (lapins), omnivores (taupes, rats blancs), frugivores (pigeons), et il conclut : L'agent toxique est une partie de l'albumine du maïs, ce qui complète et ne contredit point l'opinion de Lombroso. La pellagre ou plus exactement les syndromes pellagres sont liés, c'est aujourd'hui démontré par l'étude de l'anaphylaxie, à l'ingestion du maïs avarié; cependant, il reste acquis que dans certains cas, le maïs de bonne qualité produit la pellagre probablement dans les cas dans lesquels l'intestin est déjà malade. Les toxines des champignons de maïs avarié agissent sur

l'intestin d'une façon double : 1° en entourant l'organisme en passant directement dans le sang par absorption ; 2° en altérant la muqueuse intestinale et en ouvrant ainsi une porte à la flore bactérienne intestinale aussi bien aux albumines maïdiques non modifiées par la digestion et devenues toxiques. Il est encore prématuré de discuter sur les poisons qui proviennent des cultures des hypomycétiques et ceux qui sont dus aux albumines maïdiques ; il faudra de nouvelles recherches.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

How the state provides for its mentally ill (Comment l'État pourvoit aux besoins de ses malades mentaux); par le D^r Vernon Briggs. Broch. in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 18 mai 1916.

L'État dont il s'agit ici est le Massachusetts, dans l'Amérique du Nord. Le D^r Vernon Briggs, secrétaire du Comité de surveillance des asiles de cet État, rend compte de ce qu'a fait le Comité et donne des détails fort intéressants sur le régime des aliénés dont le Comité a la direction.

Il indique tout d'abord un petit fait digne de remarque. En l'année 1763, un honorable citoyen de Boston avait légué à cette ville une somme de 600 livres pour la construction d'un asile destiné à recevoir des personnes privées de leur raison. La ville refusa le legs pour le motif curieux qu'il n'y avait pas dans la région un nombre suffisant de tels malades nécessitant de leur établir un tel asile, et ce n'est que soixante-dix ans plus tard, en 1833, que fut ouvert le premier asile d'aliénés de l'État; mais, dès 1839, il fallait en ouvrir un second, tant le nombre des aliénés s'était promptement accru. Quel contraste, à moins d'un siècle de distance! Et à quoi l'attribuer? Contraste plus grand encore, si l'on considère que ce même État a actuellement dix établissements d'aliénés publics et vingt-sept établissements privés ayant même destination.

Le Comité de surveillance de l'État comprenait jadis cinq membres, qui n'avaient guère qu'une situation honorifique et s'occupaient peu de leurs fonctions. Une loi récente les a réduits à trois, dont l'un d'eux doit être un médecin spécialiste ayant de l'expérience : ils sont convenablement rétribués et doivent se consacrer entièrement à leurs fonctions.

Depuis sa nouvelle constitution, le Comité a fait besogne utile et copieuse; il a réorganisé, notamment, le corps médical des asiles, encouragé le traitement de certains aliénés hors des asiles, donné à certains de ceux-ci une affectation plus spéciale, en y cantonnant les alcooliques, les épileptiques, les faibles d'esprit, les délinquants, groupés suivant leur état.

Il a recherché dans les prisons, dont tous les détenus ont été examinés, les aliénés qui pouvaient s'y trouver et les a fait passer dans les asiles.

Il a fait coordonner les lois de l'État sur les aliénés.

Parmi les mesures qu'il a fait adopter, il y en a une qui semble assez heureuse. D'après elle, l'admission des aliénés dans les asiles se fait dans trois conditions différentes.

L'une concerne ceux qui, se rendant plus ou moins compte de leur état, demandent eux-mêmes leur admission. Ils sont dits « volontaires », et ce vocable reçoit bien ainsi sa véritable signification. Dans les quatre premières années de ce régime, il y avait eu de ce chef 359 admissions; dans la seule année suivante, il y en eut 963. Ces malades arrivent généralement tout à fait au début de leur trouble et sont dans d'excellentes conditions pour suivre un traitement efficace.

La seconde se rapporte à ceux qui sont dits « en garde temporaire » (*temporary care*). Ils peuvent être admis dans n'importe quel établissement spécial sans l'accomplissement de formalités légales, et être tenus en observation un temps assez long pour permettre de déterminer si le trouble mental n'est qu'accidentel. En 1915, l'asile, dit *Psychopathic Hospital*, a reçu ainsi 1.529 individus. Les malades de cette catégorie sont de deux ordres. Les uns sont envoyés par un médecin quelconque, qui doit, de préférence, être le médecin habituel de la famille. Les autres sont tous ceux que la police recueille, qu'elle trouve en état de vagabondage, qui ont été pris d'accès soudains dans la rue, dans les hôtels. Naguère, on les gardait dans un poste de police jusqu'à ce qu'on eût rempli à leur égard les formalités légales de l'internement; il leur arrivait d'y rester ainsi plusieurs jours, à leur grand détriment; heureux s'ils n'y étaient pas maltraités, brutalisés. La loi décide que, désormais, ils doivent être conduits immédiatement dans un établissement spécial : mesure assurément excellente, qui, d'ailleurs, est déjà pratiquée en France dans quelques lieux. Un projet de loi qui est à l'étude tend à établir que désormais ces malades, au lieu d'être recueillis par la police et assimilés ainsi à des délinquants, seraient appréhendés par des agents spéciaux des asiles, spécialement préposés à cette fin.

La troisième condition de placement concerne les individus dont le trouble mental ne laisse pas douter que leur internement véritable s'impose, et pour eux il faut observer essentiellement les formalités légales.

Le Conseil a préconisé la substitution des femmes aux hommes pour la garde de tous les malades, tant hommes que femmes. Cette substitution est en train de s'opérer dans plusieurs établissements, et elle a donné de bons résultats, tant pour la bonne tenue des quartiers que pour le bien-être des malades; et là où elle est faite on n'a pas encore constaté qu'un homme malade se soit mal comporté à l'égard de ses gardiennes.

Le mémoire du D^r Vernon Briggs donne des précisions sur les divers points que nous venons d'indiquer sommairement, en ne signalant d'ailleurs que les principaux. Il mérite d'être consulté par quiconque s'intéresse aux progrès constants dont sont susceptibles le soin et l'assistance des aliénés.

VICTOR PARANT.

Pseudo-tumore cerebrale (Pseudo-tumeur cérébrale); par le D^r Renoto Rebizzi. 1 vol. in-8° avec figures. Mantoue, G. Bignotti et fils, 1916.

Depuis Nonne (1904), on appelle pseudo-tumeurs cérébrales des états pathologiques dont le tableau clinique est celui des tumeurs cérébrales mais qui peuvent être curables et qui à l'autopsie ne se révèlent par aucune lésion appréciable à l'œil nu. On y observe souvent des signes que permettent de localiser ces tumeurs-fantômes : anesthésies limitées à certains trajets, agraphie, aphasie, convulsions jacksoniennes. De même on y rencontre des signes qui paraissent être pathognomoniques des lésions organiques (clonus du pied, Babinski). Parfois ce sont des troubles de la coordination rappelant l'ataxie locomotrice, de l'astéréognosie et surtout des phénomènes intra ou extra-oculaires assez complexes portant surtout sur le moteur oculaire externe. La maladie est évidemment de longue durée et peut même récidiver après guérison; souvent celle-ci est incomplète, il reste une atrophie du nerf optique ou des troubles de la réfectivité ou encore de la parésie du moteur oculaire externe. Le traitement doit avoir pour base le mercure et l'iode; la ponction lombaire et parfois la trépanation du crâne sont indiqués. Le diagnostic causal est donc à faire avec la catatonie, les états épileptiques, éclamptiques et urémiques, les migraines ophtalmiques et autres formes graves de la migraine, la chlorose grave, la pseudo-sclérose cérébrale, les scléroses vraies. Le diagnostic différentiel est à faire avec le

ramollissement et l'apoplexie du cerveau, les variétés diverses de méningites, l'abcès cérébral, la syphilis cérébrale, les kystes et les tumeurs vraies. Il peut être étayé sur l'examen du sang, des urines, la recherche des réactions vaso-toniques, la radiographie et les ponctions cérébrale et lombaire. Le diagnostic le plus difficile est celui avec la méningite séreuse, le seul signe différentiel est que, dans la méningite, il y a augmentation de la quantité de liquide et de sa pression; les pseudo-tumeurs sont surtout fréquentes chez les vieilles femmes. Au point de vue anatomo-pathologique, on constate souvent de l'hydrocéphalie avec dilatation légère des ventricules. Cependant on a pu mettre hors de doute dans un certain nombre de cas un gonflement chronique du cerveau surtout dans certaines zones, particulièrement de la base : état caractérisé principalement par l'abondance de la névroglie (pseudo-gliomes) et l'augmentation du poids de l'encéphale. Parfois aussi la pseudo-tumeur est causée par des lésions du tissu osseux du crâne ou du diploé, des altérations des « involucres conjonctifs de l'encéphale ». Les causes déterminantes sont, ou des irritations méningées ou encéphaliques, ou des lésions toxi-infectieuses qui souvent sont la cause de crises épileptiformes ou d'accès catatoniques : les cellules prennent souvent l'état de dégénérescence lipoïde; les gaines myéliniques sont détruites, la névroglie prolifère, on trouve des cellules amiboïdes. Dans les formes chroniques on peut soupçonner des altérations du liquide céphalo-rachidien, ou des plexus choroïdes qui lui donnent naissance. Il en résulterait une intoxication par trouble de la nutrition des éléments nobles qui peut être causée par toutes les cachexies et débilités organiques : chlorose, syphilis, lésions du cœur ou du péricarde qui se trouvent ainsi être les circonstances étiologiques primordiales des pseudo-tumeurs. On comprend aussi que cette sorte de déchéance de l'encéphale ou d'une de ses parties soit conditionnée par toute prédisposition particulière du système nerveux central lui-même, c'est-à-dire la dégénérescence de l'espèce.

L. WAHL.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — Est inscrit au tableau spécial de la Légion d'honneur, pour la croix d'officier, M. le D^r MARCEL BRIAND, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, médecin principal de 1^{re} classe territoriale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris.

Citations. — Les *Annales* ont encore à enregistrer trois citations, dont la première, à l'ordre du régiment, a été décernée à notre distingué et dévoué collaborateur, M. le D^r ARSIMOLES, médecin adjoint de l'asile de Braqueville, près de Toulouse :

« ARSIMOLES (Louis), médecin aide-major de 2^e classe au premier groupe; venu sur le front sur sa demande en septembre 1915, a montré en toutes circonstances, et notamment dans la dure période du 10 au 29 mars 1916, le plus beau dévouement. Le 25 mars 1916, un obus de gros calibre ayant fait de nombreuses victimes dans le personnel d'une batterie, s'est porté immédiatement au secours des blessés sans attendre la fin du bombardement. » Croix de guerre.

La deuxième, qui est, elle aussi, une citation à l'ordre du régiment, a été obtenue par M. le D^r Jourdran, interne à l'asile d'Évreux :

« JOURDRAN, aide-major de 2^e classe au 22^e régiment d'infanterie coloniale : d'un dévouement et d'un courage dignes d'éloges. S'est distingué en maintes circonstances, notamment pendant les combats du 1^{er} au 5 juillet 1916. » Croix de guerre.

La troisième, celle-ci à l'ordre du ...^e corps d'armée, a été décernée, le 9 juillet 1916, à M. Semelaigne, fils de notre excellent collègue :

« Médecin auxiliaire SEMELAIGNE (Georges-Edmond-René). En campagne depuis vingt mois avec un régiment. A toujours fait preuve des plus hautes capacités professionnelles et d'un dévouement sans borne. Aux derniers combats du 4 au 9 juin, a montré le plus bel esprit de sacrifice, en soignant avec calme, à un poste des plus dangereux, sous les balles et les obus, un très grand nombre de blessés, accomplissant tout son devoir jusqu'à complet épuisement. » Croix de guerre.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Médecin tué par un aliéné qu'il soignait. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 23 juillet 1916) :

Le Dr Laurent, âgé de trente-quatre ans, originaire de Montpellier, était affecté comme médecin-major de 1^{re} classe au Service de Santé d'un régiment d'artillerie. Il était en campagne avec sa formation lorsqu'il fut appelé dernièrement à soigner un canonnier qui, depuis quelques jours, donnait des signes d'aliénation mentale.

Le malade étant parvenu à s'échapper du campement, le major Laurent, un capitaine et plusieurs infirmiers s'étaient mis à sa recherche. Le dément fut aperçu d'abord par le major, qui s'approcha avec l'intention de le calmer et de le ramener; mais le fou, brusquement, tira à bout portant sur lui deux balles de revolver qui l'atteignirent et le blessèrent grièvement.

Le major Laurent est mort à l'ambulance quelques heures après. A ses derniers moments, on épingla sur sa poitrine la croix de la Légion d'honneur.

Cinq personnes grièvement blessées par un aliéné en fureur. — On lit dans *Le Nouvelliste de Bretagne* (numéro du mardi 29 août 1916) :

« Samedi (26 août), vers cinq heures et demie, à l'entrée de la messe du matin, un Arabe, depuis peu en traitement à l'asile de Saint-Méen, réussit à tromper la surveillance de ses gardiens et tenta de s'échapper par la porte principale. Le concierge, M. Gringoire, lui barra la route. Le fou s'arma d'une bouteille et en porta à M. Gringoire plusieurs coups violents, puis, tirant de sa poche un long couteau, allait égorger le malheureux, lorsque sœur Marie s'interposa bravement. Tournant alors sa fureur contre la religieuse, le forcené lui porta à la tête six coups de couteau, la blessant grièvement, puis, abandonnant ses victimes, il fit irruption dans la chapelle, en brandissant son arme.

« En tentant de préserver les religieuses, l'infirmier Samson reçut à son tour un coup de l'arme à l'épaule. Ce fut alors la course éperdue des religieuses, poursuivies par l'Arabe, qui blessa l'une d'elles au cou, et réussit à rejoindre sœur Geneviève acculée au fond d'un couloir sans issue. Aux appels de la malheureuse sœur, l'interne, M. Cullerre, se précipita à son secours, lui fit un rempart de son corps, reçut un premier coup et entama avec le fou une lutte farouche qui dura plus de dix minutes. Il le maintint et le désarma. Sœur Appoline accourut avec un drap qu'elle jeta sur la tête du fou, le mettant ainsi hors d'état de nuire.

« M. Gringoire, fortement contusionné, est hors de danger; la sœur Marie porte à la tête et au cou six blessures dont l'une intéresse la glande parotide gauche. L'infirmier Samson s'en tire avec un coup de pointe en pleins muscles de l'épaule; la sœur Appoline avec une blessure légère à la gorge. Quant à M. Cullerre, il a reçu un coup de couteau à la main gauche: les tendons fléchisseurs de l'auriculaire, sectionnés, ont dû être suturés par M. le major Le Balle. De plus, M. Cullerre souffre de multiples contusions.

« M. le Préfet, prévenu du drame qui s'était déroulé, rendit visite aux blessés et les félicita de leur courageuse attitude qui sera, nous le souhaitons, honorée de distinctions bien méritées. »

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIMUM

LOI concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique. — La loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses est modifiée et complétée comme suit :

« *Art. 1^{er}.* — Les contraventions aux règlements d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses sont punies d'une amende de 100 à 3.000 fr. et d'un emprisonnement de six jours à deux mois ou de l'une de ces deux peines seulement.

« *Art. 2.* — Seront punis d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 1.000 à 2.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement ceux qui auront contrevenu aux dispositions de ces règlements concernant les stupéfiants, tels que : opium brut et officinal; extraits d'opium; morphine et autres alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la codéine), de leurs sels et de leurs dérivés; cocaïne, ses sels et ses dérivés; haschich et ses préparations.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui auront usé en société desdites substances ou en auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

« Les tribunaux pourront, en outre, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée d'un à cinq ans.

« *Art. 3.* — Seront punis des peines prévues en l'article 2 :

« Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer l'une des substances vénéneuses visées audit article ;

« Ceux qui, sciemment, auront, sur la présentation de ces ordonnances, délivré lesdites substances, ainsi que les personnes qui auront été trouvées porteurs, sans motif légitime, de l'une de ces mêmes substances.

« *Art. 4.* — Dans tous les cas prévus par la présente loi, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des substances saisies.

« Dans les cas prévus au premier paragraphe de l'article 2 et au deuxième paragraphe de l'article 3, les tribunaux pourront ordonner la fermeture, pendant huit jours au moins, de l'établissement dans lequel le délit a été constaté ; si la peine d'emprisonnement a été prononcée, l'établissement où le délit aura été constaté sera fermé, de plein droit, pendant toute la durée de l'emprisonnement.

« Toutefois, la confiscation des substances saisies et la fermeture de l'officine pharmaceutique où le délit a été constaté ne pourront être prononcées dans le cas où le pharmacien n'est qu'un gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité.

« Dans les cas prévus au deuxième paragraphe de l'article 2, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances, ustensiles, matériel saisis, des meubles et effets mobiliers dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que la fermeture, pendant un an au moins, du local et de l'établissement où le délit aura été constaté sans, toutefois, que la durée de ladite fermeture soit inférieure à la durée de l'emprisonnement prononcé.

« *Art. 5.* — Les peines seront portées au double, en cas de récidive, dans les conditions de l'article 78 du Code pénal.

« *Art. 6.* — L'article 463 du Code pénal sera applicable.

« *Art. 7.* — Des décrets, qui devront être promulgués dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, détermineront ses conditions d'application à l'Algérie, aux colonies et pays de protectorat.

« *Art. 8.* — Les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI demeurent abrogés. »

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 12 juillet 1916.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

MALVY.

Ce n'est pas seulement en France que la question de la vente des stupéfiants préoccupe les pouvoirs publics. En effet, on télégraphie de Londres au *Petit Journal*, que le 20 juillet, à la Chambre des Communes, M. Samuel a déclaré que le Gouvernement comptait établir un contrôle sur la vente de la cocaïne.

Tous ces moyens législatifs, quelque sévères qu'ils soient, paraissent insuffisants à Jean Lecoq qui, depuis longtemps, fait une guerre acharnée aux vendeurs de stupéfiants dans le *Petit Journal*. Voici, en effet, ce qu'il dit dans un de ses spirituels « Propos d'actualité », intitulé : *L'Opium et la coco*, publié dans le numéro du 24 juillet 1916, et que nous croyons devoir reproduire :

« Ah ça, m'écrit un lecteur, comment se fait-il qu'il y ait encore à Paris des trafiquants de cocaïne depuis le temps qu'on les traque?... »

Comment cela se fait, cher monsieur, je vais vous le dire.

Ces jours derniers encore, vous avez pu lire dans les feuilles que la police venait d'arrêter un certain Kezork, sujet arménien, et un certain Blanchard, citoyen suisse, qui vendaient clandestinement de la « coco ». Que va-t-il arriver?... Ces deux indésirables vont passer en correctionnelle et seront condamnés à quelques jours ou à quelques mois de prison. Ça dépend de leur casier judiciaire. Après quoi, leur peine purgée, ils reviendront à Paris et reprendront leur petit négoce.

Car vous avez pu remarquer, si vous lisez attentivement les faits divers et la chronique des tribunaux, que, huit fois sur dix, les marchands de stupéfiants qu'on arrête ou qu'on condamne sont des étrangers. Il y aurait pourtant un moyen bien simple de s'en débarrasser : l'expulsion. Qu'on leur fasse crédit la première fois si l'on veut, mais, à la récidive, on devrait les conduire à la frontière et les prier d'aller exercer chez eux leur vilain commerce. Or, comme ce sont toujours les mêmes individus qu'on prend en flagrant délit de vente de cocaïne, on aurait tôt fait, par ce moyen, d'en finir avec eux.

Il fut un temps où la Chine était empoisonnée par le démon de l'opium. Des Chinois tentèrent alors d'introduire au Japon la drogue funeste. Mais le Japon était décidé à ne pas se laisser intoxiquer. Aux premières tentatives d'invasion de l'opium, on fit des lois extrêmement sévères. De fortes amendes menaçaient le fumeur à la première faute ; à la récidive, c'était la prison. Quant à l'étranger vendeur d'opium, on l'envoyait d'abord aux travaux forcés, après quoi on le réexpédiait en Chine, avec menace, s'il revenait, de lui couper la natte et la tête avec.

Avec ce système, le Japon se débarrassa tout de suite de l'opium. Avec le nôtre, nous ne nous débarrasserons jamais de la « coco ».

Arrestations de trafiquants de stupéfiants. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 21 juin 1916) :

René Pichelin, vingt-quatre ans, se disant sertisseur, rue de Vincennes, à Bagnolet, fréquentait dans le monde interlope des courtiers en stupéfiants ainsi que ceux et celles qui s'adonnent à la cocaïne. Bien que surveillé étroitement par la police judiciaire, il avait réussi à éviter jusqu'ici le flagrant délit; mais sur un témoignage suivi d'une perquisition à son domicile, un inspecteur procéda hier à son arrestation et le conduisit à la Santé.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 18 juillet 1916) :

On a arrêté hier, dans un hôtel de la rue Gérando, les deux premières personnes qui vont tomber sous le coup de la nouvelle loi sur les stupéfiants. Ce sont : un pâle éphèbe de dix-huit ans, René Gravier et son amie, Marguerite Barbotte, vingt-quatre ans. On a trouvé sur eux et chez eux plusieurs paquets de cocaïne de 10 grammes chacun, destinés à la vente, un carnet avec des adresses de fumeries d'opium et divers engins de fumeurs d'opium. Gravier avait déjà été condamné. Il fréquentait avec son amie les cafés spéciaux de Montmartre; c'est là qu'ils vendaient la drogue dont ils étaient eux-mêmes d'ailleurs de fervents adeptes.

L'enquête démontrera sans doute d'où venait le poison.

— On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 21 juillet 1916) :

Le commissaire de police du quartier du Mail a envoyé au Dépôt Kezork, sujet arménien, âgé de vingt-sept ans, employé dans une pharmacie du quartier; des agents l'avaient arrêté au moment où il écoulait dans un débit de vin une certaine quantité de cocaïne. Une perquisition opérée à son domicile a fait découvrir de nombreuses marchandises volées, ainsi que l'adresse d'un complice, un nommé Blanchard, vingt-cinq ans, citoyen suisse, qui a été également écroué.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 8 août 1916) :

Armée, comme nous l'avons dit, d'une nouvelle loi aggravant sensiblement les peines, la police continue à traquer activement les vendeurs et amateurs de stupéfiants. Ainsi, deux jeunes femmes, Jeanne Dumay, vingt-deux ans, et Madeleine Lemachin, vingt et un ans, ont été arrêtées rue Blanche. Fouillées au commissariat de police de Clignancourt, on trouve sur chacune d'elles vingt-cinq paquets de cocaïne de 1 gramme. Elles ont avoué qu'elles se rendaient dans un concert de la rue Fontaine, pour y vendre cette provision de drogue à des cocaïnomanes.

— On lit dans *Le Temps* (numéro du lundi 21 août 1916) :

La police, plus que jamais, pourchasse les trafiquants de cocaïne, de morphine et autres stupéfiants, et ce en vertu de la récente loi qui promulgue de sévères pénalités. Un de ces indésirables spécialistes, Robert Coudriet, vingt-deux ans, domicilié rue des Francs-Bourgeois et se disant maroquinier, est amputé de la jambe gauche et marche avec une jambe de bois. Plusieurs fois soupçonné et arrêté, on l'avait vainement fouillé. Or, le pilon de sa jambe de bois était simplement creusé et lui servait de tiroir pour emmagasiner la cocaïne qu'il vendait à Montmartre. Un policier ayant éventé ce truc ingénieux, Robert Coudriet a été écroué à la prison de la Santé.

— On mande de Bayonne au *Petit Journal* (numéro du vendredi 25 août 1915) :

Sur l'ordre du parquet de Bayonne, on vient d'exhumier, aux fins d'autopsie, le corps du marquis Caso Montalbo, décédé en juin dernier, à Anglet, à l'âge de trente et un ans, et celui du prince Pignatelli de Aragon, décédé à Biarritz, il y a quelques semaines, à l'âge de vingt ans. Le premier était morphinomane, le second s'adonnait à la cocaïne.

D'autre part, ayant acquis la preuve qu'un jeune homme de vingt et un ans, Alphonse Momphous, se livrait au trafic des stupéfiants, le parquet l'a fait arrêter dans un hôtel de Biarritz où il était descendu. Son arrestation aurait des rapports avec les décès du marquis Casa Montalbo et du prince Pignatelli de Aragon.

Devant les tribunaux. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 23 juin 1916) :

La 10^e chambre correctionnelle a condamné hier à un mois de prison et 1.000 francs d'amende M^{lle} Eugénie Folletet, dite Jane Perez, qui avait installé dans son appartement de l'avenue de Suffren une fumerie d'opium où elle recevait des officiers et notamment des aviateurs.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 27 juin 1916) :

C'est un hystérique, cocaïnomane et quelque peu déséquilibré que le nommé Deleuse, que le 2^e conseil de guerre de Paris a jugé hier pour vol, faux, désertion, évasion et autres méfaits. Arrêté pour une peccadille en septembre 1915, il s'échappa, et, se procurant un livret militaire au nom de Chevalier, réformé, que d'ailleurs il truqua, il se mit à voyager, alla à Nice, Biarritz, fila en Espagne, faisant des dupes partout. Revenu à Paris au mois de décembre dernier, il s'empara, dans un restaurant, d'une fourrure de femme de 1.200 francs. Les juges lui ont infligé cinq ans de prison.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Meurtre. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 21 juin 1916) :

Le D^r Lousteau, médecin-major, se promenait en compagnie d'un camarade à Toulon, quand un soldat malgache, surgissant brusquement devant eux, épaula son fusil et tira sur le groupe. Atteint par la balle, le D^r Lousteau s'affaissa, mortellement frappé. Le meurtrier fut arrêté aussitôt : il avait agi dans un accès de folie alcoolique.

Tentative d'assassinat. — On lit dans *Le Temps* (numéro du vendredi 28 juillet 1916) :

Une tentative d'assassinat était commise, il y a une dizaine de jours, dans une chambre de l'hôtel des Voyageurs, à Angers, sur une jeune femme, Renée Leveau, par un individu qui avait d'abord déclaré s'appeler Sellier, propriétaire à Nantes, ensuite Paul Seguin. Or, une dame Sellian, habitant Nantes, avait écrit au parquet pour demander le signalement de l'assassin, ajoutant que son mari avait disparu la veille du drame.

La réponse du parquet permit d'identifier le criminel ; c'est un ancien commissaire de police de Montpellier, M. Sellian, qui, mis en disponibilité pour raison de santé et déséquilibre mental, habitait Nantes. Il quitta cette ville le 17 juillet, emportant une somme de 100 francs et un rasoir.

La somme fut retrouvée en sa possession et l'arme du crime était justement un rasoir.

Blessure grave. — Grand émoi, hier, rue Montmartre. Un homme, brandissant un rasoir, venait d'en frapper un passant inoffensif. L'attitude de l'agresseur, qui avait les yeux exorbités et qui gesticulait, menaçant ceux qui l'approchaient, créa un commencement de panique.

Les agents se rendirent maîtres de l'énergumène, un nommé Mercier, dont on ne tira que difficilement quelques renseignements. C'est un fou, que M. Jaubert a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Le blessé, M. Barrois, qui était atteint à la joue, put rejoindre son domicile. (*Le Petit Journal*, numéro du jeudi 10 août 1916.)

TRIBUNAUX

Condamnation d'un mage. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du samedi 22 juillet 1916) :

Il n'a été question hier devant la 10^e chambre correctionnelle

de la Seine que de spiritisme, de médium, d'incarnation des plus illustres personnages des temps modernes et anciens, de corps astral et de l'Au-delà, à propos d'un barde de café-concert, débitant des chansons bretonnes, M. Jean de Bort, dit de Bort de la Betharia, qui avait installé, avenue de Saint-Ouen, à Paris, en 1913-1914, un « sanctuaire » où l'on invoquait les esprits.

Le chef de la Sûreté, M. Vallet, qui y opéra une descente au début de 1914, y trouva une assemblée composée surtout de femmes, presque en extase devant de Bort qui, en sommeil cataleptique, incarnait Jeanne d'Arc, Alfred de Musset, Louise Michel, Lacordaire, l'ex-ministre de la Guerre Bertaux, et jusqu'à Alfred Naquet, que le « mage » de Bort a cru mort. Cela ne coûtait que 5 francs, et, de plus, on avait la vue d'une statue en plâtre représentant, dans le plus simple appareil, le roi David tenant une lyre, lequel s'était mué en fakir hindou du nom de Tit-Chi. Celui-ci était l'esprit tutélaire du « sanctuaire », car qui le fréquentait pouvait espérer tous les bienfaits de la terre. Les cérémonies étaient également présidées par une dame, celle-là bien vivante, M^{me} la comtesse de Champcère, veuve d'un sous-préfet, une convaincue spirite, présidente du « sanctuaire », qui, aux dires de Jean de Bort, incarnait l'impératrice des Indes.

Ces honneurs lui coûtaient 5.000 à 6.000 francs par an, mais elle ne trouva pas que cela était trop cher, et hier, à l'audience, elle a déposé en faveur du mage.

C'est sous le regard de la statue de David-Tit-Chi, placée au pied du tribunal, que celui-ci, après le réquisitoire mordant et spirituel du substitut, M. Barathon du Mausseau, a condamné le mage à un mois de prison.

Le conseil judiciaire de l'éthéromane. — On lit dans *Le Journal des Débats* (numéro du 24 juillet 1916) :

La 1^{re} chambre du tribunal civil de la Seine a donné un conseil judiciaire à M^{me} P..., qui, éthéromane, avait donné maintes preuves de dérangement cérébral et s'était livrée à des dépenses exagérées.

Le droit au mariage. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mercredi 2 août 1916) :

Le 14 juin dernier, M^{me} Edmond Archdeacon, née Roquigny de Fayel, veuve de l'ancien député du 1^{er} arrondissement de Paris, formait opposition au mariage que sa fille, M^{lle} Hélène-Jeanne Archdeacon, se proposait de contracter avec M. Eugène-André Poncelet, attaché de ministère.

Par l'organe du bâtonnier Raoul Rousset, la jeune fille demandait hier aux juges de la 1^{re} chambre du tribunal de la Seine de prononcer la mainlevée de cette opposition.

Le bâtonnier Chenu, au nom de la mère, combattait cette demande.

« Attendu, disait M^{me} Archdeacon dans ses conclusions, qu'il résulte des documents qui seront produits au tribunal, que M^{lle} Archdeacon est d'une volonté débile et facilement accessible aux influences ; qu'elle s'est montrée ainsi sans défense contre l'entreprise dont elle serait appelée à être la victime ; qu'elle s'est laissé entraîner à commettre des inconséquences et à susciter des scandales qui ont étonné et affligé ceux qui en ont été témoins ;

« Attendu que ces diverses manifestations sont caractéristiques d'une altération certaine de la volonté et de la liberté de consentement ; que tout au moins elles justifient les plus graves inquiétudes et appellent de la part du tribunal des mesures de précautions protectrices. »

Le tribunal, présidé par M. Eugène Dreyfus, a rendu le jugement suivant :

« Attendu qu'il est de principe que l'opposition faite par les ascendants au mariage de leurs enfants ne peut être validée par les tribunaux que lorsqu'elle est fondée sur un empêchement légal, dont ils rapportent la preuve ; que la dame Archdeacon prétend que sa fille serait dans un état de débilité mentale tel qu'elle ne saurait formuler un consentement libre et éclairé de son mariage ; que pour le démontrer, elle conclut subsidiairement à une expertise médicale ;

« Attendu que la demoiselle Hélène Archdeacon est âgée de vingt-deux ans ; que rien, ni dans son attitude ni dans ses lettres, ne permet de considérer qu'elle soit atteinte de démence ; qu'elle apparaît, au contraire, comme se rendant un compte exact de la portée de ses actes et notamment de celle du mariage qu'elle se propose de contracter ;

« Attendu que son attention a été appelée, d'une manière toute spéciale, sur les inconvénients que sa mère et ses amis voient à ce mariage, soit au point de vue de la disproportion des fortunes, soit au point de vue de la situation qu'il lui créera dans le monde et dans sa famille ; qu'elle a très bien compris qu'en épousant le jeune Poncelet contre le gré de sa mère, elle causerait à celle-ci un chagrin profond et se placerait vis-à-vis d'elle dans une situation fautive ; qu'elle n'en a pas moins déclaré qu'elle persévérerait dans son projet, parce qu'elle a une fortune suffisante pour ne pas s'arrêter à des considérations d'ordre pécuniaire ; parce qu'elle aime le jeune Poncelet et parce qu'elle est convaincue que ce mariage lui procurera le bonheur auquel elle a droit ;

Attendu que la conscience pleine et entière de l'acte auquel elle s'est résolue et de ses conséquences apparaît, de la manière

la plus claire, dans les réponses qu'elle a faites aux questions qui lui ont été posées par le Dr Vallon ; qu'on y chercherait vainement la trace d'un affaiblissement quelconque des facultés mentales ; qu'elles révèlent, au contraire, un esprit qui peut être dominé par la passion, mais qui n'en est pas moins parfaitement lucide, qui sait ce qu'il veut et qui comprend où il va ;

« Attendu que le rapport dressé par le Dr Dupré ne contredit pas les constatations qui se dégagent de celui du Dr Vallon ; que le Dr Dupré n'a trouvé chez la jeune fille aucune tare d'ordre physiologique ; que les variations de sensibilité qu'il a retenues, que le fait d'avoir lié connaissance avec le jeune Poncelet à l'insu de sa famille, et d'avoir abandonné le domicile maternel pour s'afficher avec lui, sans souci de l'opinion publique et sans égard au désespoir de sa mère, n'impliquent point que son libre arbitre soit diminué ; que dans une brochure qu'elle a fait imprimer, en juin 1915, sous le titre : *Esquisses contemporaines : les jeunes filles*, elle envisage les jeunes filles dans l'ordre sentimental, indique « qu'elles n'ignorent plus l'amour, qu'elles savent que s'il faut parler de leur attitude devant l'amour, la nécessité s'impose d'écarter toute convention pour pénétrer jusqu'aux désirs du cœur » ; qu'elle y ajoute que « la question du mariage peut se résoudre en toute clarté, la conscience acceptant les antiques lois de la nature » ; qu'ainsi elle semble avoir voulu mettre en pratique, par son propre exemple, une idée à laquelle elle avait réfléchi, et que son acte peut d'autant moins être considéré comme l'expression d'une volonté obliérée ;

« Attendu qu'entre un mariage selon son cœur et un mariage selon la raison, la demoiselle Archdeacon a délibérément choisi le premier ; qu'elle est maîtresse de ses droits et capable de se décider librement ; que toute expertise médicale serait inutile et que l'opposition de la mère de famille, quelque respectables que soient les mobiles qui l'ont dictée, ne saurait être maintenue... »

En conséquence, le tribunal, levant l'opposition, décide que l'officier de l'état civil pourra procéder au mariage de M^{lle} Archdeacon avec M. Poncelet.

FAITS DIVERS

Une épidémie de paralysie infantile à New-York. — On lit dans *Le Journal des Débats* (numéro du vendredi 28 juillet 1916) :

Les journaux américains donnent beaucoup de détails sur une forte épidémie de paralysie infantile (la poliomyélite épi-

démique), qui sévit à New-York depuis quelques semaines, qui s'accroît et a des chances de s'accroître encore jusqu'au milieu d'août. Le mal atteint les enfants en bas âge, et même des sujets de quinze ans; les cas se multiplient sans cesse, et les autorités se préparent à recevoir 1.500 malades. On sait que cette affection est microbienne : le microbe, isolé et cultivé par MM. Flexner et Noguchi, à l'Institut Rockefeller, s'attaque à la moelle, au cerveau, etc. Quand il ne tue pas, il laisse derrière lui la paralysie. Le caractère épidémique du mal est évident : aussi quantité de familles quittent-elles la ville pour mettre les enfants à l'abri à la campagne. Les autorités sanitaires imposent l'isolement de tous les cas qui se présentent; la désinfection de tous les logements où il s'en est produit; enfin, elles défendent l'introduction des enfants dans les lieux publics encombrés, dans les cinémas en particulier. Nul enfant d'une maison où il y a eu un cas ne doit aller à l'école ni à l'église, etc. Le microbe ayant été considéré comme s'introduisant par le nez ou la gorge à la faveur d'un rhume, on conseille d'éviter et d'enfermer les catarrheux, et de désinfecter gorge et nez plusieurs fois par jour. Il y a déjà eu une épidémie pareille en 1907, aux Etats-Unis; en 1909, il y en a eu aussi à Breslau, à Hamn, à Vienne; en 1911, dans le Devonshire. Le microbe est-il inoculé par la mouche des étables, le stomoxe? C'est une opinion qui a été émise et défendue, et qui paraît justifiée. La mouche ordinaire inoculerait aussi le mal. — V.

Evasion d'un aliéné criminel. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 3 août 1916) :

Un nommé Latieule avait, il y a six ans, assassiné dans son écurie, aux environs de Rodez, un propriétaire dont il avait été domestique. Ses menaces et ses tentatives de meurtre sur ses anciens maîtres en avaient fait, d'ailleurs, la terreur du pays. Arrêté à cette époque, il fut déclaré irresponsable et enfermé dans un asile d'aliénés. Il parvint à s'en évader, cependant, et vécut depuis dans quelque caverne, au milieu des bois, sans qu'on parvint à le découvrir. Reconnu avant-hier, au moment où il sortait de chez un armurier de Rodez, Latieule a été arrêté sans avoir pu faire usage de ses armes.

RECTIFICATION

Il s'est glissé dans le dernier numéro des *Annales* (p. 300) une regrettable erreur, qu'il est de notre devoir de rectifier. Dans la spirituelle « Chronique » qu'il a consacrée au beau livre du Dr René Cruchet sur « les Universités allemandes au XIX^e siècle », le Dr Voivenel a fait mourir, sans doute invo-

lontainement, le D^r Jules Boeckel, le très distingué chirurgien de l'hôpital civil de Strasbourg.

Notre dévoué collaborateur, qui est un fin lettré, n'a certes pas oublié ses classiques. Qu'il me permette de lui rappeler ce vers bien connu de Corneille dans le *Menteur* :

Les gens que vous tuez se portent assez bien.

Le D^r Boeckel se porte même très bien. Il a quitté l'Alsace aux premiers bruits de guerre, est venu en France pour entrer dans le Service de Santé militaire, et tous, dans les hôpitaux et les ambulances, se félicitent de ses services et de son habileté chirurgicale. Comme tous les enfants de Strasbourg, il a le ferme espoir de rentrer bientôt dans sa ville natale à la suite des troupes françaises, et de revoir de nouveau flotter notre glorieux drapeau tricolore sur la flèche de notre vieille cathédrale. — A. R.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VII^e VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
Le retour à la médecine mentale française. — Lettre ouverte à M. Victor Parant père; par le D ^r Gilbert Ballet.	5
Réplique à M. le professeur Gilbert Ballet; par le D ^r Victor Parant père.	11
Lucien Libert (1882-1916); par Paul Sérieux.	137
Les Universités allemandes au XX ^e siècle; par le D ^r Paul Voivenel.	281
Le professeur Gilbert Ballet (1853-1916); par le D ^r André Collin.	301

II. — Psychologie.

De la volonté; par A. Remond (de Metz)	152 et 307
La psychologie de la panique pendant la guerre; par Adam Gygielstreich	172

III. — Pathologie.

Un cas intéressant de guérison d'une folie soi-disant morale; par le D ^r Chatelain	81
Quelques digressions philosophiques à propos de troubles de la personnalité chez un jacksonien; par le D ^r Roger Sauvage.	81
Des troubles mentaux dans les blessures pénétrantes du crâne causées par les projectiles de guerre; par L. Marchand	193
Etude sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos, sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu; par André Gilles	208 et 323
Influence de la guerre actuelle : 1 ^o sur le mouvement de la population de l'asile de Lintoux du 2 août 1914 au 31 décembre 1915; 2 ^o sur les psychoses des aliénés internés pendant la même époque; par le D ^r C. Rougé	426
Anaphylaxie des maladies mentales; par le D ^r Lagriffe	462

IV. — Médecine légale.

Un exhibitionniste impulsif. — Rapport médico-légal; par le D ^r Georges Vernet.	62
--	----

V. — Établissements d'aliénés.

PAGES

Le régime des aliénés en France au XVIII^e siècle, d'après des documents inédits (*suite et fin*); par les D^{rs} Paul Sérieux et Lncien Libert.

74

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 27 mars 1916. — Allocution de M. A. Chaslin. MM. Briand, Arnaud, Lwoff. — Correspondance : MM. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Gaucher, Vigonroux, Juquelier, Demay, Maragnani, Arrigo Tamburini, Stransky. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1915. — Nomination des commissions de prix. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Levi Bianchini; élection. — Ordre du jour de la prochaine séance : MM. Ritti, Lwoff, Truelle

230

Séance du 17 avril 1916. — A propos du procès-verbal : M. Colin. — Correspondance : MM. Vigouroux, Chaslin, Gaucher, Bianchini, M^{me} Boissier. — Rapport de M. Colin sur la candidature de M. Haury; élection. — Rapport de M. Semelaigue sur la candidature de M. Arrigo Tamburini; élection. — Un cas de gomme syphilitique du noyau lenticulaire. Troubles somatiques et état mental, par MM. Lwoff et René Targowla. — Le réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce des jeunes gens, par M. Truelle et M^{lle} Boudierlique. — De l'utilisation des compétences dans le domaine de la médecine mentale. Rapport de la Commission : M. Colin. Vote des conclusions.

365

Séance du 29 mai 1916. — Correspondance : MM. Vigouroux, Haury, Arrigo Tamburini, M^{me} Elise Sonkharoff. — Présentation d'appareil : M. Jean Philippe. — Tumeur du lobe frontal. Sarcome endothéliomateux, par M. V. Truelle et M^{lle} Boudierlique. — Dissociation psychique et échopraxie. Présentation de malade, par MM. Lwoff et René Targowla. Discussion : MM. Dupré, Lwoff. — De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre, par MM. C. Nordman et J. Bonhomme. Discussion : MM. Colin, Nordman, Pactet, Lwoff, Trénel, Jean Philippe. — Psychose post-typhique chez un adulte avec évolution probable vers la démence précoce. Présentation de malade, par M. Ch. Nordman. Discussion : MM. Dupré, Nordman. — Stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique avec représentation mentale professionnelle de l'ouïe, consécutives aux émotions du champ de bataille, par MM. Laignel-Lavastine et G. Corbon.

473

Séance du 26 juin 1916. — Correspondance. — Rapport de la Commission du prix Belhomme, par M. Lwoff. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours), par M. V. Truelle. — De la simulation des troubles fonctionnels du système nerveux par les débilés mentaux, par MM. Laignel-Lavastine et P. Corbon. Discussion : MM. Dupré, Laignel-Lavastine, Vigouroux. — De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre. Discussion (*suite*) : MM. Nordman et Bonhomme, Haury, Pactet, René Charpentier, Vigouroux. Nomination d'une Commission.

505

<i>Séance du 17 juillet 1916.</i> — Correspondance : MM. Dupain, Capgras, Naudascher, Petit. — De l'utilisation des indisciplinés en temps de guerre. Discussion (<i>suite et fin</i>) : MM. Haury. Vote d'un vœu. — Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale, par MM. Bonhomme et Nordman. — Les imbéciles à l'armée, par MM. H. Colin, Lautier et Magnac. — Paralytiques généraux méconnus et maintenus aux armées, par M. H. Colin. Discussion : MM. Pactet, Briand, Vigouroux, Haury, Arnaud. Vote d'un vœu. — Note sur deux cas de déments précoces à l'armée, par MM. Bonhomme et Nordman. — Un cas d'hallucino-se, par MM. Nordman et Bonhomme. Discussion : MM. Chaslin, Arnaud.	524
---	-----

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1911).

(Anal. par le D^r BEAUSSART.)

La mort au cours de l'accès épileptique.	99
Délires d'incubation à forme maniaque dans la fièvre typhoïde.	99
L'amnésie dans la paralysie générale.	100
Etat de mal épileptique chez un enfant de cinq jours	101

JOURNAUX ITALIENS (1910, 1911, 1912).

(Anal. par le D^r WAHL.)

Le suicide chez les hystériques.	102
De la viscosité du sang chez les aliénés	103
Recherches sur la colorabilité primaire du tissu nerveux	103
Paranoïa, démence paranoïde et psychose paranoïde	104
Les morts par pellagre, alcoolisme, épilepsie et paralysie générale en Italie.	104
La réaction de Wassermann dans ses rapports avec les lésions de la substance nerveuse centrale.	105
Rapports entre la mélancolie involutive et les psychoses maniaco-dépressives	106
Action de la lumière sur les champignons pellagres	106
La tendance criminelle chez les enfants arriérés.	107
Du pyralisme dans les maladies mentales et nerveuses	107
Le sérum du sang dans les maladies mentales étudié par la méthode biologique.	108
Action de l'alcool sur le développement des fonctions des testicules.	109
Sur la tétanie. Considérations pathogéniques à propos d'un cas clinique de tétanie gastrique avec névrite optique bilatérale	109
Observations cliniques et anatomiques sur un cas de méningo-myélite tuberculeuse.	110
Influence du cerveau sur les fonctions des organes sexuels mâles chez les vertébrés supérieurs.	111
Sur un cas d'œdème dystrophique traumatique de la main	112
Sur des cellules spéciales dans les infiltrats du système nerveux.	112
Psychose anxieuse confuse grave de Wernicke-Kraepelin? Observation clinique	113
Sur la démence très précoce.	114
Sur l'aphasie motrice.	114

Contribution à l'étude de la polioencéphalite aiguë hémorragique supérieure.	116
Le séro-diagnostic de Wassermann dans la paralysie progressive et dans les syndromes paralytiques.	116
Sur la sensibilité électrique et sur quelques nouveaux appareils (polyesthésiomètre) pour en déterminer la spécificité.	116
La médecine légale des aliénations mentales étudiée par la méthode expérimentale.	239
Pénétration et diffusion de l'Ecole positive italienne en Allemagne.	240
Les rides du palais spécialement étudiées au point de vue de leur rapport avec l'anthropologie criminelle et la psychiatrie.	240
Emasculatation et droit.	241
Paralysie cardiaque et faisceau atrio-ventriculaire (faisceau de His)	242
Quelques observations sur l'article 2 de la loi et les articles 40, 41, 42 du règlement sur les manicomies et les aliénés	243
Réhabilitation de la pollenta	244
La lutte contre la pellagre et la commission ministérielle	244
Pour la théorie maldique de la pellagre	244
Dynamométrie chez l'homme sain et chez l'aliéné	245
Algométrie électrique chez l'homme sain et chez l'aliéné.	245
Hérédité intellectuelle de C. Lombroso.	246
Sur un garçon voleur et homicide	246
Contribution à la psycho-pathologie des Abyssins.	247
Sur un cas singulier de suicide par oblitération des voies aériennes.	247
La pellagre en Bessarabie et la relation du professeur Sambon	248
La lutte contre la pellagre	249
Criminalité moderne. Une curieuse sorte de maison de santé.	249
Suggestions tragiques et comiques.	249
Cesare Lombroso. Notes sur l'homme politique et sur l'homme privé.	249
Sur quelques nouvelles recherches concernant le relief externe du crâne par rapport aux circonvolutions cérébrales	250
Contribution à la sémiotique craniologique sur trente crânes de la morgue de Rome	250
L'alcoolisme dans l'armée.	251
Sur le prolapsus de la muqueuse uréthrale de la femme en rapport avec le viol des impulsives	252
Polémique lombrosienne	252
Tatouages artistiques sur des déserteurs français.	252
Le plus ancien document d'anthropologie criminelle.	253
Hystéricisme et capacité civile.	253
Les ancêtres de Lombroso	253
Les constantes physico-chimiques du liquide céphalo-rachidien comparées à celle du sérum sanguin	254
Psychoses maniaco-dépressives, stupeur catatonique et accès épileptiformes	255
La réaction mécostagminique dans les maladies mentales.	255
La fortune de William James en Europe	256
Contributions cliniques à l'étude de l'amenza et des états voisins.	257
Un cas d'infantilisme. Contribution à la pathogénie polyglandulaire.	257
Considérations de technique manicomiale dans un cas d'automutilation de la langue.	258
Mentalité et réactions psychologiques de l'alcoolisme	258
Sur quelques formes de psychose dépressive à caractère hypochondriaque.	259
Sur la réaction de Butenko.	259
Sur quelques méthodes de diagnostic de la syphilis dans les maladies nerveuses et mentales	260

Recherches expérimentales faites par la méthode de l'examen fractionné du pouvoir des anticorps dans les antisérums dans le but de démontrer l'existence de principes anormaux spécifiques dans le sérum du sang des aliénés (psychose maniaco-dépressive et démence paralytique)	260
Recherches expérimentales sur le mécanisme et sur la valeur de l'action antihémolitique développée dans le sérum du sang des aliénés	261
L'étude somatique des maladies mentales	261
Hystérie et névrose	261
Fragments médico-psychologiques	400
Cesare Lombroso et son œuvre scientifique	401
Sur un objet de construction singulière exécutée par un déficient	402
Encore sur les plis du cuir chevelu et sur les faisceaux colorés du manteau cervical de quelques mammifères	402
Particularités de la vie sexuelle de la glèbe du Haut-Apennin de Pistola	403
Aventures d'un pellagologue	403
Lombroso et Virchow	405
Critères généraux pour la compilation des fiches biographiques	405
Une curiosité de police judiciaire	406
Le cours technique de perfectionnement sur l'histoire naturelle du délit et l'école pénale près l'Université de Turin	406
L'individualité biologique, l'égalité de tous devant la loi et l'institution des grâces	407
Expertise psychiatrique sur un délinquant traité au manicomie de Milan	407
Ostéo-diagnostic de l'âge de la mort	408
L'accroissement des délits et l'adoucissement des peines	555
Le brigand Salomon	556
Démence paranoïde avec idéographisme intéressant	557
Rapport médico-légal sur l'état mental de la comtesse Aurelia Gentile de Ravillone	557
Société de médecine mentale de Rome	558
Mariage annulé pour impotence physiologique	559
Le musée criminologique du manicomie d'Alexandrie	559
Notes morphologiques sur le crâne et le cerveau d'un microcéphale	560
Mais et pellagre	560

III. — Bibliographie.

Précis de psychiatrie; par le professeur E. Régis (Anal. par le Dr Ant. Ritti)	118
Folie d'empereur ou aberration nationale? par le Dr Ernesto Lugano (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	121
Les syndromes épileptiques dans la clinique contemporaine; par le Dr M. Ferrari (Anal. par le Dr Wahl)	123
Lésions cérébrales avec anomalies viscérales dans un cas d'épilepsie; par les Drs M. Ferrari et D. Borelli (Anal. par le Dr Wahl)	123
Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la région médiane des lobes pré-frontaux; par le Dr M. Ferrari (Anal. par le Dr Wahl)	124
Traité de psychiatrie; par le prof. Bianchini (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	263
Henri Fabre; par le Dr S. Lugano (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	266
L'anaphylaxie dans les maladies nerveuses; par le Dr Arrigo Tamburini (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	266
Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) pour l'an-	

	PAGES
née 1914; par les D ^{rs} C. Rougé, F. Rougé et J. Lévêque (Anal. par le D ^r Ant. Ritti)	409
Les émotions. Etude de psychologie générale; par le D ^r Salmon (Anal. par le D ^r L. Wahl)	411
Comment l'Etat pourvoit aux besoins de ses malades mentaux; par le D ^r Vernon Briggs (Anal. par le D ^r Victor Parant)	562
Pseudo-tumeurs cérébrales; par le D ^r Renato Rebizzi (Anal. par le D ^r L. Wahl)	564
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	125, 227 et 415

IV. — Variétés.

Les médecins aliénistes et la guerre. — Prix de l'Académie de médecine. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers	126
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nécrologie : Prof. Gilbert Ballet, D ^r Gaston Duhamel. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Incendie dans un asile d'aliénés. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers	268
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nécrologie : D ^r Serge Soukhanoff. — L'alcool et la criminalité. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers	415
Les médecins aliénistes et la guerre. — Martyrologe de la psychiatrie (suite). — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers	566
Table des matières du tome VII de la 10 ^e série	579

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.